

Особенности рынка добровольного медицинского страхования в Санкт-Петербурге

Ключевые термины: анализ затрат и выгод, финансирование поставщиков медицинских услуг, система добровольного медицинского страхования, основные проблемы системы добровольного медицинского страхования, особенности рынка медицинских услуг в Санкт-Петербурге, программы страхования

Cost-benefit analysis, financing of medical services providers, private health insurance system, the main problems of private health insurance system, specific features of Saint-Petersburg medical services market, health plans.

В статье рассматривается становления модели добровольного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, показаны основные этапы развития дополнительного страхования, взаимодействие участников. Акцент сделан на модернизации механизма финансирования медицинских услуг, даны рекомендации по повышению эффективности действующей модели с учетом региональных особенностей. В статье показано, что выбор стратегии обусловлен как влиянием внешних условий, так и этапом развития и потенциалом компании..

The article is devoted to the review of the forming systems of public health in S.Peterburg, it shows main stages of private medical insurance, relations between its participants. The article focuses on improving the models of medical care, and suggests some recommendations for raising efficiency, based on local opportunities and peculiarities. The author pays attention to the importance of choosing an adequate market conditions, type of strategy for the competitive advantages implementation, which determines the prospects of its development.

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 последствия кризиса прогнозируется его стабильное развитие¹.

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

Первоначальной «квазиформой» медицинского страхования были возвратные схемы страхования, получившие широкое распространение в девяностые годы. Они предусматривали возврат "экономленной" части страхового взноса, а в случае перерасхода страхователю или застрахованному предлагалось компенсировать расходы. В определенный момент данное страхование стало невыгодным, что связано с отсутствием рискового характера квазистрахования и ужесточением госу-

¹ Сайт Эксперт Ра: <http://www.raexpert.ru/>

дарственной политики. В настоящее время заключение подобных договоров используется крайне редко. Такой вид страхования называется «фондовым или безрисковым».

Базовые принципы страхования (использование рискованного характера), были учтены в программах прикрепления к медицинскому учреждению. Функция страховой компании заключалась в реализации подобных программ, весь риск перекладывался на медицинское учреждение. Страховщик перечислял фиксированный взнос за каждого застрахованного в клинику, а далее клиника предоставляла медицинское обеспечение. Следует предположить, что данный вид можно отнести к «псевдострахованию», хотя в нем и появляются первые признаки рискованного страхования. "Полис прикрепления" выполнял четыре функции: пропускную, контрольную, расчетную и сберегательную. Во-первых, он обеспечивал доступ, в одно из элитных лечебных учреждений. Во-вторых, позволял клиенту переложить на страховщика предварительный отбор и анализ услуг лечебных учреждений, получение скидок на тарифы, контроль обоснованности выставяемых к оплате счетов за медицинские услуги. В-третьих, он частично защищал средства от инфляции на базе механизма предоплаты лечебному учреждению за будущие услуги. В настоящее время программы прикрепления распространены в стоматологическом лечении.

"Полисы прикрепления" делятся на два вида. В первом случае полис предусматривает предоставление неограниченного объема услуг из состава, предусмотренного преискурантом лечебного учреждения и содержащегося в договоре страхования. Во втором случае полис предусматривает предоставление услуг в пределах оговоренного лимита, который является страховой суммой. Оба типа "полисов прикрепления" имеют ряд недостатков. С точки зрения закона, отсутствие рискованной функции у страховщика делает такие договоры противоречивыми для их отнесения к договорам страхования. С точки зрения потребителя, "полис прикрепления" ограничивает выбор страховых услуг по составу и территории получения. С экономической точки зрения, "полис прикрепления" не позволяет страховщику создать существенные страховые резервы, эффективно выполнять контрольную функцию, добиваться повышения качества услуг в расчете на единицу затрат.

Под качеством медицинских услуг² в рамках добровольного медицинского страхования следует понимать: «совокупность характеристик данного объекта, отличающих его от других объектов (например, от обязательного медицинского страхования), иными словами, степень превосходства потребительских свойств объекта по сравнению с другим объектом, имеющим то же функциональное назначение». Сложностью объективной оценки качества в данной сфере является отсутствие согласованного представления о том, что следует понимать под «качеством медицинской помощи».

Согласно рекомендаций рабочей группы по обеспечению качества Европейского регионального бюро ВОЗ (1991) деятельность по контролю и обеспечению, качества медицинской помощи должна осуществляться с учетом четырех компонентов:

1. безопасности медицинской помощи (отсутствие негативных последствий от полученной услуги);
2. доступности медицинской помощи (услуги должны предоставляться, не зависимо от уровня дохода, социального положения, и отличаться лишь наличием дополнительных сервисных услуг);
3. оптимальности медицинской помощи (сбалансированность набора медицинских услуг и поставленного диагноза);

² Следует помнить, что медицинские услуги- это услуги, предоставляемые в рамках медицинской помощи, то есть ее товарное выражение.

4. удовлетворенности пациентов (субъективный фактор, показывающий индивидуальную оценку и самоощущения).

В тоже время принятые законы о предоставлении медицинских услуг не дают четкого определения категории «качество медицинской помощи» и критериев ее оценки. Так как целью внедрения добровольного медицинского страхования явилось предоставление услуг более высокого уровня, в статье мы будем опираться на определение, представленное выше.

Форма работы по прикреплению является некоторой маркетинговой услугой по привлечению пациентов и расширению клиентской базы лечебного учреждения. Прикрепляя клиента к медицинскому учреждению, страховые компании вместе с резервами фактически передают весь риск, работая, как брокеры. При этом оценку вероятности обращения за получением медицинских услуг и расчет их стоимости проводит медицинское учреждение, дополняя недофинансирование из средств обязательного медицинского страхования. Страховая компания является посредником, реализуя сформированные программы с коммерческой надбавкой.

Следующим этапом в развитии услуг в рамках ДМС стали комплексные программы на базе нескольких медучреждений. По "полису комплексного страхования" страхователю предоставляется выбор медицинских учреждений, то есть возможность управлять качеством получаемых услуг и уровнем сервиса.

"Полисы комплексного страхования" можно разделить на два типа. Первый предусматривает оказание услуг в пределах лимита ответственности, ограниченного страховым взносом. Страховщик в этом случае не несет финансового риска перед страхователем, не выполняет рисковую функцию напрямую.

Второй тип "комплексных полисов" предусматривает оказание услуг в пределах лимита ответственности, не ограниченного страховым взносом. В этом случае можно говорить о классическом страховании. Выплаты страховщика по договору могут быть больше страхового взноса. Страховщик берет на себя финансовый риск страхователя. При коллективном страховании эффект «неблагоприятного отбора» компенсируется неоднородным составом любого коллектива.

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 страховых услуг к усилению значения добровольного медицинского страхования, как варианта получения дополнительных медицинских услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Также можно проследить гибкость и адаптивность системы управления в соответствии с условиями рынка.

Рассматривая основные тенденции рынка, следует отметить следующее. Спрос на добровольное медицинское страхования зависит 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%³.

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 году⁴. 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. 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%⁵. 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%⁶. Относительно динамики показателей 2009 года можно отметить пессимистические результаты: падение собираемых премий составило от 10 до 25% от объема предыдущих периодов. Стабилизация рынка 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. Стабилизация связана с эффектом возврата корпоративных клиентов на рынок, повышением спроса на платную медицину, повышением заболеваемости населения и спросом на социальные программы поддержки персонала. При этом отчеты крупнейших участников рынка показывают, что восстановление идет достаточно высокими темпами. Так, в «Медэкспрессе» рост сборов по ДМС по Северо-Западу по сравнению с прошлым годом составил 26,1%, в Северо-Западной дирекции РОСНО - 21%, в СОГАЗе в первом полугодии сборы в целом по Северо- Западу увеличились на 14% (в Петербурге - на 50%)⁷.

По данным сайта «Медицинская страховая биржа»⁸ 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.

По прогнозам представителей страховых компаний в ближайшие три года, возможно, некоторое замедление темпов роста рынка ДМС, так как цены на страховые программы могут подойти

³ Сайт РосМедСтрах: <http://www.rosmedstrah.ru/>

⁴ Денисенко Е. Счетчик включен // «Эксперт Северо-Запад». 2007. №16. С.40-48.

⁵ Youngman I. The Health Insurance Opportunity: A Worldwide Study of Private Medical Insurance Markets. Dublin: Lafferty Publications, 1994.; Сайт Эксперт Ра: <http://www.raexpert.ru/>; Сайт Эксперт Северо-Запад: www.expertnw.ru; Комлева Н. Такие разные: ДМС и ОМС // «Эксперт». 2007. №42. С.130-133.

⁶ Сологуб А. Зона рискованного страхования // Эксперт Северо-Запад. 2009. №7. С.24-32

⁷ Сайт Страхование сегодня: <http://www.insur-today.ru/>

⁸ Сайт Медицинская страховая биржа: <http://dms-exchange.ru/>

к пределам платежеспособного спроса. Как следствие, увеличится конкурентная борьба за покупателя, в том числе ценовая. Основная причина этого будет связана со снижением платежеспособности населения на фоне неизбежного роста цен на ДМС, значительно увеличатся системные риски ДМС, возможно нарастание неплатежей в медицинские учреждения. С другой стороны, прогнозируется замедление темпов роста количества застрахованных, что приведет к необходимости покрытия нарастающих выплат за счет роста цен на страховые продукты.

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 2007-2008 года показатель «инфляции медицинских расходов» достиг почти 30%.⁹, в 2009 году она снизилась примерно до 12-15%, но на рынке можно отметить и более высокие показатели медицинской инфляции в зависимости от лечебно-профилактических учреждений.

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. 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%¹⁰. 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.

⁹ Сайт Эксперт Северо-Запад: www.expertnw.ru

¹⁰ Сайт Страхование сегодня: <http://www.insur-today.ru/>

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 страховой услуги¹¹. 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 элемен-

¹¹ Склад Т.М., Баранов И.Н. Оценка перспектив добровольного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. № 5. 2004. С.60-62

том 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 получение 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.

В 2007 – 2008 годах рынок ДМС Санкт-Петербурга стал близок к насыщению. Так, крупные компании и компании с иностранным капиталом в обязательном порядке включают ДМС в социальный пакет, то есть медицинское обеспечение стало неотъемлемым инструментом мотивации персонала, методом финансового управления в части налогообложения. Иной сферой расширения рынка ДМС является рынок малого и среднего бизнеса, рынок страхования физических лиц. Увеличение доли страхования в малом и среднем бизнесе во многом зависит от роста страховой культуры. Увеличение объема индивидуального страхования на данном этапе во многом связано с новыми разрабатываемыми программами страхования физических лиц.

Особенностью рынка Петербурга является и развитие собственных медицинских центров страховых компаний. Одной из причин роста инвестиций в собственные медицинские центры может быть высокая стоимость качественных медицинских услуг 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 со стороны медицинских учреждений. 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.

Первым этапом в появлении медицинских центров считается период с 1998-го по 2004 год, когда все лидеры петербургского рынка ДМС стали собственниками или акционерами медицинских центров. Первоначально создавалась небольшая компания для оказания помощи на дому застрахованным, так как рыночная цена подобной услуги, в случае вызова врача из коммерческого медицинского центра, была высока. Затем в головных офисах страховых компаний или на площадях, арендованных в лечебных учреждениях, стали открываться консультационные кабинеты, в которых принимали основные специалисты и проводились различные медицинские назначения. По такой схеме открыли свои медцентры СК «РОСНО» – в 1998 году, СК «Капитал-полис» и СК «Русский мир» – в 2001-м, СК «Медэкспресс» – в 2002-м, СК «Прогресс-Нева» – в 2004-м. Иную

концепцию выбрала только СК «РЕСО-Гарантия»: компания инвестировала средства в строительство одной из крупнейших частных клиник города «Скандинавия» и организацию широкой сети скорой помощи «Корис», став акционером медицинских организаций.

Часть «страховых» медцентров вышли в 2005 году на новый этап развития, характеризующийся количественным и качественным расширением возможностей по обслуживанию пациентов. В конце ноября 2005 года две компании – СК «Медэкспресс» и СК «Капитал-полис» презентовали обновленные медицинские центры. Инвестирование в развитие медицинских центров проводится двумя способами: инвестировании непосредственно в медицинские центры (МЦ «Медэкспресс», МЦ «Капитал-Полис»), либо открытие подразделений медицинских центров на крупных предприятиях, являющихся корпоративными клиентами (СК «РОСНО»).

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 «Росгострах». 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 оказываемых ими к услуг.

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. В работе А.А.Кудрявцева понятие «стандарты» предлагается ограничить до «нормативного описания клинико-технологической и экономической сторон лечебно-диагностического процесса. Такого рода стандарты представляют собой инструмент управления лечебно-профилактическими учреждениями»¹². 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 услуг, предоставляемых лечебными учреждениями в рамках страховых программ. 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 потре-

¹² Кудрявцев А.А. Менеджмент в здравоохранении: Медико-экономические стандарты и методы их анализа. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2004. С.40

бителю. 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 элементом 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 программах заключается в перечне нестраховых событий, в объеме предоставляемых услуг (ограниченное или неограниченное количество 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.

Рынок ДМС показывает стабильные темпы развития. В начале становления отмечалось медленное развитие, с резким спадом спроса в момент экономического кризиса 1998 года. Дальнейшее развитие достаточно равномерно. Рынок локализован среди профессиональных страховщиков. На долю 8 крупнейших страховщиков приходится порядка 70 – 80% застрахованных. К барьерам входа в отрасль относятся налаженная контрактация с лечебными учреждениями, величина минимального уставного капитала, наличие экспертной службы. В тоже время посредством добровольного медицинского страхования страховщик имеет возможность получения прибыли вследствие эффекта масштаба. Доходы страховой компании находятся в прямой зависимости от размера компании, времени работы на рынке, правильной медицинской экспертизы, налаженной системы контрактации. Как было определено ранее, норма прибыли по медицинскому страхованию не высокая, но в условиях роста спроса, возможно, прогнозировать увеличение доходности.

В стабильных экономических условиях уровень страхового инвестирования возрос – основным объектом инвестирования стало открытие медицинских центров и специализированных представительств страховщиков в ЛПУ.

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 труда¹³.

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 лицами¹⁴.

Ухудшение экономической ситуации неблагоприятно сказывается на развитии рынка добровольного медицинского страхования. В условиях экономического спада прогнозируемое снижение числа застрахованных на 15%. В настоящее время основная деятельность страховых компаний направлена на сохранение имеющегося портфеля и динамики финансовых показателей на уровне 2007 – 2008 годов. Основные усилия направлены на пролонгацию договоров с уже существующими клиентами. Эта задача осложняется необходимостью индексации тарифов на страховые программы, невозможностью предоставления скидок при безубыточности прошлых договоров¹⁵.

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 страховщиком 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 стра-

¹³ До 2009 года максимальный размер расходов при исчислении налога на прибыль составлял 3%, в 2009 году он был увеличен до 6% от фонда оплаты труда.

¹⁴ Карчик Г. Страховщики трясут медицину // Деловой Петербург. №50 (24.03.2009). С.6-7.

¹⁵ Сологуб А. Зона рискованного страхования // Эксперт Северо-Запад. 2009. №7. С.24-32

ховой 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.

Снижение 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.

В тоже время некоторые специалисты строят оптимистические прогнозы относительно перспективного развития. Так, по мнению экспертов, сектор добровольного медицинского страхования Петербурга будет расти, в связи с насыщением рынка Москвы и повышающейся страховой культурой населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области, развивающейся в русле современных российских и европейских тенденций.

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, совершенствованию 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.
- Установлено, что ДМС является обособленной сферой деятельности страховой компании, оказывающим значительное влияние на текущую и перспективную деятельность.

Список использованной литературы

1. Денисенко Е. Счетчик включен // «Эксперт Северо-Запад». 2007. №16. С.40-48.
2. Карчик Г. Страховщики трясут медицину // Деловой Петербург. №50 (24.03.2009). С.6-7
3. Комлева Н. Такие разные: ДМС и ОМС // «Эксперт». 2007. №42. С.130-133.
4. Кудрявцев А.А. Менеджмент в здравоохранении: Медико-экономические стандарты и методы их анализа. СПб.: Изд-во С.-Петербур.ун-та, 2004. 172 с.
5. Скляр Т.М., Баранов И.Н. Оценка перспектив добровольного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. № 5. 2004. С.60-62.
6. Сологуб А. Зона рискованного страхования // Эксперт Северо-Запад. 2009. №7. С.24-32
7. Porter M.E., Teisberg E. Redefining Health Care. Boston: Harvard business school press, 2006. 506 p.
8. Young, G. J., Charns M. P. et al. Best Practices for Managing Surgical Services: The Role of Coordination // Health Care Management Review. N 4. 1997. P.72-81.
9. Youngman I. The Health Insurance Opportunity: A Worldwide Study of Private Medical Insurance Markets. Dublin: Lafferty Publications, 1994.

Электронные источники:

10. Сайт Всемирной организации здравоохранения: <http://www.who.int>
11. Сайт Медицинской страховой биржи: <http://dms-exchange.ru/>
12. Сайт РосМедСтрах: <http://www.rosmedstrah.ru/>
13. Сайт Союза Страховщиков: <http://www.ins-union.ru>
14. Сайт Страхование сегодня: <http://www.insur-today.ru/>
15. Сайт Эксперт Ра: <http://www.raexpert.ru/>
16. Сайт Эксперт Северо-Запад: www.expertnw.ru

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Ф.И.О.	Назарова Варвара Вадимовна
Место работы	НИУ Высшая школа экономики (Санкт-Петербургский филиал)
Должность, кафедра без сокращений, ученая степень, ученое звание	Доцент кафедры «Финансовые рынки и финансовый менеджмент». Кандидат экономических наук.
Электронная почта	nvarvara@list.ru
Телефон рабочий/домашний/мобильный	Раб. 5600443/ моб.89119489983

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Ф.И.О.	Леонтьев Олег Валентинович
Место работы	ГОУДПО Медицинская академия последипломного образования (МАПО) СПб
Должность, кафедра без сокращений, ученая степень, ученое звание	Профессор кафедры педагогики, философии и права, дмн, профессор
Электронная почта	lov63@inbox.ru
Телефон рабочий/домашний/мобильный	89045547741

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Ф.И.О.	Искаков Ирлан Жангазыевич
Место работы	НОУ ВПО Межрегиональный институт экономики и права СПб

Должность, кафедра без сокращений, ученая степень, ученое звание	Ректор НОУ ВПО Межрегиональный институт экономики и права СПб, кандидат юридических наук
Электронная почта	
Телефон рабочий/домашний/мобильный	