

Нездоровый интерес

Страховщики пока умудряются наращивать сборы по медицинскому страхованию. Даже повышая тарифы и ужесточая условия страховых полисов

Текст: Юрий Гусев (стр. 23-25),
ugusev@business.ua
Рисунок: Инна Зарицкая



ЗАВИСИМОСТЬ

Добровольное медицинское страхование (ДМС) становится весьма дорогим удовольствием. Участники рынка уверяют, что за последние полгода повышение тарифов привело к росту стоимости полисов ДМС примерно на 60%. «Суммы покрытия практически не изменились, стоимость же программ увеличилась как для физических лиц, так и для корпоративных клиентов», — признает **Леся Щербак**ова, начальник Управления партнерских продаж СК «Провідна» (г. Киев; с 1995 г.; 780 чел.). Действительно, если ранее стоимость полисов ДМС стартовала в среднем с 1 тыс. грн. в год, то теперь разброс цен составляет от 2,5 тыс. грн. до 8 тыс. грн. в год. Увеличение стоимости программ медицинского страхования страховщики объясняют в первую очередь подорожанием медикаментов и услуг медучреждений, вследствие чего медстрахование стало еще более убыточным (о резком повышении стоимости лекарств см. **БИЗНЕС** №43 от 27.10.08 г., стр. 110-112). «Стоимость медицинского страхования напрямую связана с расходами на оказание медицинской помощи. Рост курсов иностранных валют и другие факторы привели к подорожанию ряда медикаментов. Страховые компании вынуждены привести в порядок свою экономику», — говорит **Александр Залетов**, заместитель генерального директора Лиги страховых организаций Украины (ЛСОР).

Надо признать, что работающие на рынке ДМС страховщики показывают высокий уровень выплат. По данным ЛСОР, за 2008 г. страховые компании (СК) выплатили по полисам медицинского страхования более 460 млн грн. Сборы премий за 2008 г. составили более 655 млн грн.

По данным ЛСОР, в целом помощь по программе ДМС получили около 1,1 млн застрахованных лиц. При этом средняя выплата на одного

72% в 2008 г. до 78% в 2009 г. «Уровень убыточности в ДМС очень высокий, поэтому СК, чтобы эффективно продолжать оказывать эту услугу, вынуждены повышать тарифы», — уверяет **Александр Залетов**. С ним согласны и другие участники рынка. Эксперты расходятся лишь в оценках уровня подорожания ДМС в различных СК. «СК вынуждены повышать тарифы. Некоторые коммерческие медучреждения поднимают цены практически каждый месяц. Увеличение стоимости зависит от класса обслуживания — в среднем программы подорожали на 20-30%», — считает **Ольга Иванцова**, начальник отдела сопровождения управления розничных продаж СК «ИНГО Украина» (г. Киев; с 1994 г.).

Впрочем, нужно учесть, что ЛСОР приводит данные не по всем направлениям медицинского страхования. В ее данных учитываются выплаты по непрерывному страхованию здоровья, программам, предусматривающим обращение клиентов в СК в случае заболевания и оплату страховщиком лечения застрахованного лица. В то же время Госфинуслуг дает сведения также по страхованию на случай болезни (предполагает выплату части или полной страховой суммы клиенту в случае заболевания, контроль за использованием полученных клиентом денег со стороны СК не предусматривается). По данному виду медицинского страхования

Топ-факт

■ По данным ЛСОР, в 2008 г.

1,1 млн чел.
получили выплаты по ДМС на
460 млн грн.

человека в 2008 г. выросла на 27%, до 419 грн. Убыточность страховщиков по ДМС (характеризует отношение между выплатами страхового возмещения и страховой суммой. — Ред.) составила в среднем 93%. Эксперты ЛСОР прогнозируют, что по итогам 2009 г. данный показатель вырастет до 96%. Ожидается также и рост уровня выплат (соотношение поступивших страховых платежей и выплаченного возмещения. — Ред.) с

Страховщики...

...О ПЕРСПЕКТИВАХ



Александр Филонюк (53), президент Лиги страховых организаций Украины (ЛСОУ; г. Киев; объединяет более 100 СК; с 1992 г.):

— В 2008 г. заключено более 2 млн договоров ДМС, по большинству из которых люди платят страховые премии из собственных средств. Предприятия же платят за счет чистой прибыли. Сейчас, когда чистая прибыль предприятий и платежеспособность населения уменьшаются, у людей ничего, кроме теневой коррумпированной медицины, не остается. На этом рынке уже сложилась серьезная конкуренция, у компаний есть богатый опыт, если учесть миллион урегулированных в 2008 г. страховых случаев по программам ДМС. Нужно использовать этот опыт, в том числе, и в системе обязательного медицинского страхования. Компаниям нужно дать возможность работать в этой сфере. Человек сможет выбирать, идти ему в государственную либо в частную систему. Самое плохое из того, что наши чиновники пытаются предложить после многих лет реформ, — это введение обязательного медицинского страхования с использованием только одного государственного фонда.

...О КЛИЕНТАХ

Александр Сосис (54), президент СК "АСКА" (г. Киев; с 1990 г.; 1700 чел.):

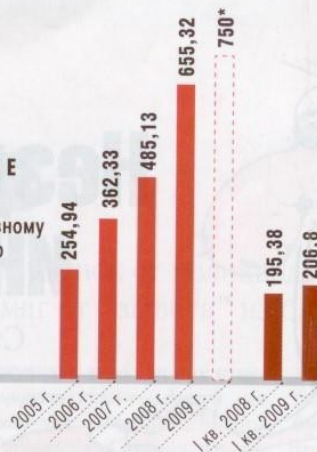


— Повышение стоимости программ ДМС связано с ростом курса доллара и стоимости медицинских услуг. Медицинское страхование должно подорожать примерно на 50%. Мы не страхуем отдельно физлиц по программам медицинского страхования. Корпоративные же клиенты, которые имеют средства и традицию страховать своих сотрудников, понимают сложившуюся ситуацию и осознают, что за страховку придется платить больше. За счет роста цен общий объем сборов будет если не повышаться, то и не падать. Количество компаний, которые приобретают полисы медицинского страхования для своих сотрудников, уменьшается, но цены растут. Для того же, чтобы страховать в розницу, нужен индивидуальный андеррайтинг. Иначе по медицинскому страхованию будут страховаться одни больные.

ВАЛОВЫЕ ПРЕМИИ по непрерывному страхованию здоровья, млн грн.

*Прогноз ЛСОУ.

По данным Госфинуслуг.



■ выплаты в 2008 г. составили более 32 млн грн., а сбор премий — 168,62 млн грн.

ЖИТЬ БУДЕТ

Несмотря на сложные экономические условия, рынок медицинского страхования показал рост сборов страховых премий по итогам I квартала 2009 г. По данным Госфинуслуг, медицинское страхование (непрерывное страхование здоровья) за январь — март 2009 г. принесло СК 206,8 млн грн. валовых страховых премий, что на 5,8% больше, чем за аналогичный период 2008 г. Отметим, что с таким результатом медстрахование вошло в перечень видов страхования с наибольшим объемом валовых страховых премий, наряду со страхованием имущества, жизни, "автогражданкой" и т.д. Собственно доля медицинского страхования в общем объеме собранных страховщиками валовых премий в I квартале текущего года составила 4,4%. Она оказалась примерно равной той, которую на рынке страхования занимает страхование жизни.

Многие участники рынка склонны видеть в таких результатах повышение интереса населения к программам ДМС. "В условиях нестабильности население хочет защитить себя от непредвиденных ситуаций. Поэтому многие страхователи, как физические лица, так и компании, вкладывают деньги именно в здоровье", — считает Ольга Иванцова. Некоторые участники рынка полагают, что популярность ДМС обусловлена в первую очередь кризисом и коррупцией в системе здравоохранения. "Именно вследствие неэффективного использования средств в системе здравоохранения, а кое-где и их прямого откровенного воровства сегодня граждане остаются беззащитными перед государственными лечебными учреждениями. Возникает большой интерес людей к медицинскому страхованию", — утверждает Юрий Гришан, генеральный директор страхового общества "Ильичевское" (г. Киев; с 2005 г.; более

ВАЛОВЫЕ ПРЕМИИ по страхованию здоровья на случай болезни, млн грн.

По данным Госфинуслуг.



150 чел.). По его словам, повышение тарифов оказалось сдерживающим фактором, который не позволил компаниям привлечь гораздо больше премий от новых клиентов. Действительно, в последние годы на рынке ДМС наблюдалась тенденция, когда физлица, успевшие воспользоваться полисами ДМС в рамках корпоративного страхования, продолжали страховать себя и своих близких в частном порядке. Такое смещение клиентов из корпоративного сектора в розничный выглядит вполне логичным. Следует учесть, что многие корпоративные клиенты сокращают бюджеты на страхование своих сотрудников, оставляя оплату медицинских полисов в качестве бонусов для руководства и наиболее ценных специалистов.

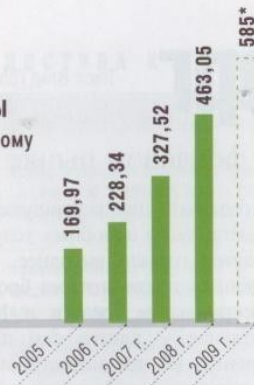
ПРИЕМ ОКОНЧЕН

Впрочем, не все настроены столь оптимистично. Многие считают, что достижение положительного результата на рынке медстрахования в I квартале 2009 г. стало возможным именно благодаря повышению стоимости страховки (см. "Зависимость" на стр.23). "Рост сборов можно объяснить повышением стоимости программ страхования и продлением большей части текущих договоров страхования (а не резким повышением интереса физлиц к ДМС. — Ред.)", — полагает Леся Щербакова. По ее словам, в условиях кризиса рынок страхования физлиц пострадал в первую очередь. "Страховщики сокращают продажи полисов по этому виду страхования, как высокотратному и требующему мониторинга и администрирования", — отмечает г-жа Щербакова.

Данное объяснение также имеет право на жизнь, так как многие СК изначально не стремятся продавать полисы ДМС розничным клиентам. Здесь все дело в психологии и статистике. Страховщики отмечают, что когда по полису ДМС платит предприятие, застрахованные лица вряд ли сразу же будут искать повод обратиться

ВЫПЛАТЫ по непрерывному страхованию здоровья, млн. грн.

*Прогноз ЛСОР.

По данным
Госфинуслуг.

ВЫПЛАТЫ по страхованию здоровья на случай болезни, млн. грн.

По данным
Госфинуслуг.

в СК за помощью. «Когда же человек сам заплатил за годовую программу 2-3 тыс. грн., то у него возникает желание сразу же обратиться за медицинской помощью, даже не имея острого заболевания», — говорит Александр Залетов. В такой ситуации компании, привлекающие большую часть клиентов по каналам розничных продаж, рискуют получить клиентов, уже имеющих проблемы со здоровьем (см. «Страховщик — о клиентах» на стр. 24). Иными словами, большинство клиентов, самостоятельно приобретающих полис медицинского страхования, заведомо планируют использовать большую часть страховой суммы в течение срока действия договора. В свою очередь, страхование корпоративных клиентов дает СК возможность прогнозировать, какая часть застрахованных сотрудников предприятия или компании в течение года обратится за помощью. В такой ситуации СК заинтересованы в развитии корпоративных продаж ДМС и в участии в программах обязательного медицинского страхования, введение которого обсуждается уже не первый год.

Более того, СК постепенно отказываются от предоставления по своим полисам ДМС различных дополнительных услуг, не связанных напрямую с риском заболевания клиента. В частности, из программ ДМС исключается оплата посещения клиентом некоторых учреждений (бассейны, фитнес-клубы и т.д.), система обслуживания в которых не может быть адаптирована к страховым программам в кризисный период. «Бонусы и скидки компании сейчас предлагают редко. На первое место выходят истинно страховые риски — неотложная помощь, стационарное, поликлиническое лечение, — поясняет Леся Щербакова. — Дополнительные программы, такие как оздоровление, коррекция зрения, витаминотерапия и т.д., отходят на второй план, так как бюджеты на данные программы зачастую не увеличиваются или даже уменьшаются».

ИГРА В МОНОПОЛИЮ

В сложившейся ситуации компании, работающие на рынке ДМС, более всего опасаются конкуренции с государством. И это понятно, ведь если государство введет систему обязательного медицинского страхования (ОМС) путем создания единого государственного страхового фонда, страховщики попросту лишатся большинства клиентов. А такой проект уже не раз обсуждался во властных кабинетах. О том, что борьба ведется и сейчас, свидетельствует тот факт, что совсем недавно, 5 июня, Украинская федерация страхования (УФС; г. Киев; объединяет 10 СК; с 2008 г.) распространила заявление о недопустимости монополизации рынка медицинского страхования. «Именно такая ситуация (монополизация рынка. — Ред.) может сложиться, если будет принят закон о финансировании системы охраны здоровья и обязательном медицинском страховании», — отмечено в сообщении УФС. Страховщики полагают, что данный законопроект в случае принятия фактически отстранит правительство и органы местного самоуправления от финансирования учреждений здравоохранения. Так или иначе, создание единого фонда поставит крест на планах страховщиков, согласно которым система здравоохранения должна получать финансирование в том числе и за счет средств, собираемых частными страховщиками по договорам ОМС как у населения, так и у корпоративных клиентов. В своем обращении УФС выразила сомнение в том, что единый фонд сможет эффективно собирать средства, обеспечивать их сохранность, осуществлять выплаты страхователям и контролировать качество предоставляемых им медицинских услуг.

Впрочем, уже очевидно, что страховщики готовы идти на компромисс с государством. Сейчас СК, скорее, добиваются введения комбинированной системы обязательного медицинского страхования, чтобы люди сами могли выбирать, чью страховку оплачивать, государственную или частную.

Но и здесь возникает проблема, так как к работе в такой системе должны быть допущены лишь те страховщики, которые смогут доказать свой высокий уровень платежеспособности, прозрачности инвестирования резервов, качество активов и т.д. В качестве примера можно привести введение в Украине обязательного страхования автогражданской ответственности владельцев наземных транспортных средств («автогражданка»). Моторное (транспортное) страховое бюро Украины (МТСБУ), призванное регулировать рынок «автогражданки», было вынуждено лишить ряд компаний права работать на данном рынке, так как страховщики попросту перестали платить отчисления в гарантийный фонд. Отметим, что и в сфере ОМС также обсуждается вариант, согласно которому к участию в системе будут допускаться лишь страховщики, обеспечивающие высокие денежные взносы в некий гарантийный страховой фонд. При этом следует помнить, что рынок «автогражданки» оценивается в 2-3 млрд грн. страховых премий в год, тогда как рынок ОМС потенциально может давать 15-20 млрд грн. ежегодно, что повышает ответственность СК.

Конечно, в комбинированной системе медицинского страхования можно было бы использовать наработки СК в обслуживании клиентов и обеспечить возможность свободного выбора клиентом программы страхования. Тем не менее, вследствие того, что Госфинуслуг в последнее время часто отзывает лицензии у страховщиков, возникает вопрос, готов ли страховой рынок к обслуживанию всего населения страны по программам ОМС. Так или иначе, свои предложения УФС направила высшим органам государственной власти еще 27 мая. Аналогичные предложения ранее не раз озвучивались руководством ЛСОР и крупных страховых компаний, активно работающих на рынке ДМС.

Не стоит также забывать, что своего права участвовать в системе обязательного медицинского страхования добиваются и компании по страхованию жизни (см. **БИЗНЕС** №5 от 02.02.09 г., стр. 31-33). Для «лайфвых» компаний участие в системе ОМС — это беспрецедентная возможность нарастить свои активы и клиентскую базу. И в данном случае компании по страхованию жизни имеют опыт в инвестировании и долгосрочном накоплении средств клиентов, но в то же время не имеют опыта работы с медучреждениями, который нарабатан рисковыми СК по программам ДМС.