

«Деловая Одесса» довольно много внимания уделяет страховому сегменту отечественного рынка, но... Как правило, мы рассказываем о корпоративных трендах, оставляя за рамками публикаций «розничное страхование». Сегодняшний гость «Деловой Одессы», главный специалист управления методологии страхования и андеррайтинга страховой компании «Оранта» Ирина ПАРХОМЕНКО любезно согласилась «закрасить белые розничные пятна» и подробно ответила на вопросы нашего корреспондента о тонкостях и нюансах страховой медицины.



Ирина ПАРХОМЕНКО: «Большая часть корпоративных клиентов медицинского страхования — это представительства иностранных компаний в Украине».

— Ирина, сегодня многие работники украинского Минздрава, говоря о европейской страховой медицине, любят произносить фразу «Там отношение к больному точно такое же, как к автомобилю на официальном авторисервисе». Они намекают тем самым на то, что за рубежом не допускается применение никаких дополнительных мер со стороны врачей, кроме четко регламентированных страховой компанией. Наблюдается ли подобный подход в отечественной страховой медицине?

— Скажу так: медицинская страховка — это вовсе не панацея на все случаи жизни, как считают многие люди. Она решает только часть проблем со здоровьем. Если человек застрахован по добровольному медицинскому страхованию, то он защищен от непредвиденных расходов, связанных с острыми заболеваниями, неотложными состояниями, травмами, обострениями хронических заболеваний. И в любом договоре медицинского страхования всегда оговариваются обстоятельства, при возникновении

которых страховая компания не берет на себя оплату медицинских расходов, относя их к исключениям.

Это, например, расходы, связанные с лечением алкоголизма, наркомании, психических заболеваний, косметологией, протезированием, трансплантацией. Иначе говоря, страховая медицина дает абсолютную свободу действиям врача, но только в случае лечения болезней, определенных в перечне договора медицинского страхования.

— Коль речь зашла о лечении, то как быть клиенту в случае болезни? Он может обращаться за медицинской помощью в любое лечебное учреждение или же страховая компания направляет его в определенные лечебные учреждения, с которыми заключены договоры?

— Как правило, программы добровольного медицинского

страхования предусматривают 100-процентное покрытие расходов при лечении в тех медицинских клиниках, которые обозначены страховой компанией. Правда, такой подход не касается стоматологических клиник. Страховщик может лечить человека в любой стоматологической клинике, независимо от того, есть договорные отношения с ней у страховой компании или нет. После того как застрахованный человек пройдет лечение у своего стоматолога, ему возмещается стоимость лечения.

— До недавнего времени к услугам страховой медицины чаще прибегал корпоративный сектор. Ведь многие компании включали медицинскую страховку в социальный пакет для работников. Как обстоят дела сегодня? До сих пор «пальма первенства» принадлежит корпоративным клиентам?

— В последнее время ситуация слегка изменилась — частные клиенты чаще обращаются за медицинской страховкой. В первую очередь это связано с повышением цен на лекарства и медицинские услуги. Если говорить о корпоративных клиентах, то несмотря на экономические трудности, они принимают значимость медицинской страховки, стараются пролонгировать свои договоры страхования и до сих пор являются более массовым клиентом, чем частные лица. Правда, сегодня компании часто идут по пути «наименьшего сопротивления» и выбирают самые недорогие пакеты. Но как бы то ни было, все же сохраняют социальный пакет для сотрудников.

— Поскольку мы говорим о дорогих и недорогих пакетах, расскажите, как вообще формируется стоимость медицинской страховки.

— Начну с того, что стоимость страховки для физического лица выше на 25-40%, чем для предприятия. Ведь любая компания страхует сразу много человек и таким образом получает полное право на скидку. Если говорить о ценообразовании, то тариф по добровольному медицинскому страхованию рассчитывается актуарно, то есть методом математической статистики, где учитываются данные о заболеваемости, стоимости лекарств и медицинских услуг.

Как уже говорилось, стоимость страхового пакета, который предусматривает обслуживание в государственных и ведомственных клиниках, будет на порядок ниже стоимости пакета, который предусматривает обслуживание в частных, а тем более в частных брендовых клиниках. Чтобы было более понятно, приведу конкретные цифры. Сегодня средняя стоимость страхового случая (а это суммарная стоимость 1-2 консультаций специалистов, базовых лабораторных и инструментальных исследований) для страховой компании, если клиент обратится в брендовую частную клинику, составит 1500-2500 гривен, в частной клинике среднего уровня — 500-800 гривен, а в государственной — 150-250 гривен. Исходя из возможно-

стей клиента, его предпочтений и вышеуказанных цифр, формируется стоимость каждого конкретного пакета медицинского страхования.

— Хорошо. Вот клиент прошел курс лечения, выздоровел и обратился за возмещением в страховую компанию. Расскажите, каков механизм возмещения? Имеются ли в виду необходимые документы для получения выплат, сроки и т. п.

— Если страховщик самостоятельно оплатил медицинскую услугу, то он приходит в офис страховой компании, пишет заявление на выплату, предоставляет все необходимые документы: медицинское заключение врача с диагнозом и назначенным лечением, а также финансовые документы, подтверждающие факт оплаты услуг. Эти документы рассматривает врач-эксперт, и после принятия решения о выплате в течение 30 дней с момента подачи документов ему перечисляется страховое возмещение.

— И напоследок хочется узнать, почему в Украине практика медицинского страхования не получила широкого распространения среди частных клиентов. Ведь в Европе подобная услуга является такой же обыденностью, как и страхование гражданской ответственности водителя.

— Скажу больше: большая часть корпоративных клиентов медицинского страхования — это представительства иностранных компаний в Украине. Так что даже находясь вдали от дома, они следуют своим традициям, что позитивно сказалось на отечественном рынке: многие украинские компании следуют по этому пути, и хочется отметить, что страховая культура населения все же растет. Однако при этом есть и «сдерживающие факторы», особенно присущие физическим лицам, — неготовность тратить деньги на свое здоровье раньше, чем заболеешь. Здесь сказывается стереотип бесплатной медицины и отсутствие стоимостного выражения состояния здоровья. Но это вопрос времени.

— Будем надеяться. Что ж, хочу поблагодарить за беседу и за полезную информацию.

— Удачи и хорошего здоровья вам и вашим читателям!

Беседовал
Роман КОЗЛОВСКИЙ

Компании

Госфинуслуг: менеджмент СК эффективен

Государственная комиссия по регулированию рынков финансовых услуг считает, что руководители страховых компаний управляют наиболее эффективно по сравнению с менеджерами других небанковских финучреждений. Об этом в ходе «круглого стола» сообщила член Госфинуслуг Галина Третьякова.

«Менеджмент страховщиков по сравнению с другими небанковскими финучреждениями находится на лучшем уровне», — заявила она. В то же время она считает, что на рынке есть ряд страховых компаний, которые уже сейчас необходимо ликвидировать в связи с их неплатежеспособностью.

Третьякова подчеркнула, что комиссия намерена взять курс на усиление контроля за страховщиками с большими активами и страховыми портфелями с высокой концентрацией договоров автострахования КАСКО и ОСАГО.

В Украине зарегистрировано около 470 страховых компаний. В июле Государственная комиссия по регулированию рынков финансовых услуг решила усилить работу по предупреждению неплатежеспособности страховых компаний вплоть до приостановки действия выданных им лицензий.

Государственная комиссия по регулированию рынков финансовых услуг намерена ввести международные стандарты финансовой отчетности страховых компаний. Об этом также сообщила Галина Третьякова.

Третьякова, отметила, что уже сейчас балансы проблемных компаний оцениваются по международным стандартам.

Кабмин отдал страховщикам обязательное личное страхование

Кабинет министров Украины Постановлением №890 от 19 августа 2009 года «О внесении изменений в некоторые постановления КМУ по вопросам обязательного государственного страхования» определил, что государственное обязательное личное страхование работников прокуратуры, контрольно-ревизионной службы, исполнителей, а также народных депутатов будет осуществляться страховыми компаниями, кото-

рые получили соответствующую лицензию в Госфинуслуг.

Ранее, согласно ряду постановлений 1992-1998 годов, обеспечивать обязательное государственное страхование ряда категорий работников могла только НАСК «Оранта».

Согласно новому постановлению, страховые платежи по государственному обязательному личному страхованию работников прокуратуры, служебных лиц государственной контрольно-ревизионной службы и народных депутатов, включая расходы страховщика на его осуществление в размере, не превышающем 6% их общей суммы, перечисляются страхователем на отдельный счет страховщика.

Кроме того, страховщики, имеющие соответствующие лицензии, смогут предоставлять вышеперечисленным категориям чиновников обязательное страхование медицинских работников и других лиц в случае инфицирования вирусом иммунодефицита человека при исполнении им профессиональных обязанностей, а также в случай наступления в связи с этим инвалидности или смерти от заболеваний, обусловленных развитием ВИЧ-инфекции.

forINSURER.com