

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В СИСТЕМЕ ДМС ДЛЯ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ

А. Б. Цветкова

Российский экономический университет имени Г. В. Плеханова,
Москва, Россия

Р. Х. Юнисов

Национальный медико-хирургический Центр им. Н. И. Пирогова
Минздрава России, Москва, Россия

Сегмент добровольного медицинского страхования (ДМС) является перспективным видом страхования. Такая ситуация стимулирует страховщиков разрабатывать современные конкурентоспособные продукты с постоянно совершенствующимся уровнем обслуживания. Крайне важно особое внимание уделять юридической и медико-экономической защите страхователя. Очевидно, что для полноценной работы страховой компании необходимы данные маркетинговых исследований. Однако не стоит забывать о том, что одним из субъектов ДМС является медицинское учреждение, полностью вовлеченное в процесс и понимающее важность данных маркетинговой информационной системы при заключении договора со страховой компанией. Систематизированные данные лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) позволяют выбрать оптимальный вариант партнера для заключения договора. В статье на примере НМХЦ им. Н. И. Пирогова показано, анализ каких данных проводит ЛПУ и для чего, а также как выглядит механизм принятия решения о выборе страховой компании. Отмечено, что использование внутренней информации позволяет ЛПУ сэкономить финансовые средства, время на обработку данных и принятие ключевого решения. Авторами обоснованы рекомендации по использованию исследований в процессе заключения договора со страховой компанией и в качестве иллюстрации построена соответствующая модель.

Ключевые слова: маркетинговые исследования, внутренняя информация медицинского учреждения, маркетинговая информационная система.

MARKETING RESEARCH OF THE MEDICAL INSTITUTION IN THE SYSTEM OF VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE FOR MAKING MANAGERIAL DECISIONS

Anna B. Tsvetkova

Plekhanov Russian University of Economics, Moscow, Russia

Renat Kh. Yunisov

National Medical and Surgical Center named after N. I. Pirogov,
Russian Ministry of Health, Moscow, Russia

The segment of voluntary medical insurance is a promising type of insurance. This situation encourages insurers to develop advanced competitive products with continuously upgrading level of service. It is very important to pay special attention to legal and medical and economic protection of the insured. It is clear that the insurance company needs data of marketing research for its efficient work. However, we should bear in mind that one party of the voluntary medical insurance is a medical institution, which is involved in the process and understands the importance of marketing information system data while signing the contract with the insurance company. Systematized data of the medical institution gives an opportunity to choose an optimal partner. The article using the

example of NMHC named after N.I.Pirogov shows which data is analyzed by the medical institution and why and demonstrates how the mechanism of making decision about choosing the insurance company looks like. It was highlighted that using the internal information could allow the medical institution to save money and time necessary to process data and make the final decision. The authors ground recommendations for using the research in the process of signing the contract with the insurance company, a relevant model was built as an illustration.

Keywords: marketing research, internal information of the medical institution, marketing information system.

Маркетинговые исследования ЛПУ в сфере платных услуг

Маркетинговая информационная система (МИС) обеспечивает сбор внутренних данных, позволяет вести постоянное наблюдение за важными изменениями на целевых рынках, снизить удельные затраты на сбор и анализ информации, представлять интегрированную информацию по запросам менеджеров, повысить качество и своевременность принимаемых решений. Система внутренних отчетов в МИС собирает информацию, содержащуюся во внутренней отчетности компании: заказы, счета, квитанции, сведения об уровне запасов, о дефиците, записи о продажах и т. п. Качественная система внутренних отчетов может предоставить менеджеру большой объем информации, касающейся деятельности компании в прошлом.

Для компаний – субъектов рынка платных медицинских услуг этот вопрос также является крайне актуальным. О. А. Махова в своем научном исследовании отмечает, что обоснование стратегии и тактики маркетинга для медицинского учреждения, работающего по системе ДМС, в современных условиях базируется на систематическом сборе и анализе данных, относящихся к конкретной рыночной ситуации, т. е. на проведении маркетинговых исследований [2]. По ее мнению, это дает возможность планировать стратегию и тактику развития платных услуг на основе оценки основных внешних и внутренних маркетинговых факторов, влияющих на работу поликлиники.

Прежде чем рассмотреть вопрос более подробно, вспомним, что в нашей стране функционирует бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения, в основе кото-

рой находятся средства бюджетной системы Российской Федерации и средства фондов обязательного медицинского страхования (ОМС). Источниками ОМС являются отчисления работодателей, государственные средства, идущие через Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, а также прямые платежи из региональных бюджетов в лечебно-профилактические учреждения. Источниками добровольного медицинского страхования (ДМС) являются финансовые средства работодателей и граждан.

С распространением платных услуг и услуг ДМС возникают новые задачи экономического анализа рынка и деятельности медицинского учреждения. Например, как полагает А. А. Трегубова, и с ней невозможно не согласиться, статистические методы исследования и моделирования спроса и предложения услуг ДМС позволяют дать количественную оценку соотношения спроса и предложения ДМС и разработать гибкую систему страховых тарифов, учитывающую различия в характеристиках застрахованных лиц, а также региональную и поселенческую специфику [5]. Также, по мнению автора, для оценки предложения на рынке ДМС необходимы изучение и корректировка процесса тарифообразования, формирования перечня предлагаемых услуг, новых программ ДМС.

В статье Т. Н. Прокловой, В. П. Милякова и Г. Р. Бульхиной отмечается, что введение социологических опросов по удовлетворенности населения качеством предоставляемых медицинских услуг должно осуществляться по обязательному и добровольному медицинскому страхованию. Проведение социологических исследований с привлечением маркетинговых

агентств позволит выявить наиболее острые проблемы развития ДМС [3].

Высшие учебные заведения также активно вовлекаются в процесс исследования рынка медицинских услуг. На базе РЭУ им. Г. В. Плеханова было проведено исследование влияния разных параметров атмосферы ЛПУ на молодое поколение потребителей медицинских услуг, восприятия ими медиаканалов, используемых ЛПУ для продвижения, а также были выявлены критерии оценки качества обслуживания пациентов [6]. Молодежная аудитория очень интересна, поскольку на ее уровне формируется будущий потенциал рынка платных медицинских услуг. Исследование ценностных ориентиров и покупательских предпочтений молодежной аудитории – одно из приоритетных направлений научных и прикладных исследований кафедры маркетинга в Российском экономическом университете имени Г. В. Плеханова [4].

ДМС и исследовательская деятельность страховых компаний

Медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения по охране здоровья, имеющей своей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Общая черта ОМС и ДМС – договорная основа отношений между участниками: страховщиком, страхователем и медицинской организацией. Основное различие заключается в исполнении: обязательное страхование – в силу закона, а добровольное – в рамках заключенного страхового договора. Каждая из этих форм страхования имеет свои особенности. ОМС имеет основные черты государственного страхования, оно распространяется на все население России и гарантирует фиксированный объем медицинских услуг, имеет ясно видимые условия оказания помощи застрахованным. Добровольное медицин-

ское страхование является необязательным и более полным и предполагает дополнительные медицинские услуги, которые не включены в программу ОМС [1].

Основная цель ДМС заключается в оказании гарантированной помощи индивидуальным и корпоративным клиентам в случае заболевания, травмы и иного повреждения здоровья. Главный недостаток состоит в том, что страховые компании имеют определенный ряд лечебно-профилактических учреждений, с которыми они взаимодействуют, однако нет гарантии их снабжения в полном объеме медицинским оборудованием и необходимыми лекарствами. Стоимость лечения по системе ДМС рассчитывается индивидуально. Зачастую оплата идет лишь за операцию, не включая стоимости расходных материалов и медикаментов, что создает проблему при оплате для физических лиц, уверенных в полном покрытии лечения.

Отметим основные преимущества системы ДМС:

1. Полис ДМС стоит дешевле стоимости необходимых медицинских услуг.

2. Ряд крупных страховых компаний заключает договоры с несколькими ЛПУ, что дает возможность выбора лечения.

3. В ЛПУ существует определенная заинтересованность в контроле качества обслуживания клиента по ДМС.

4. Имеются налоговые льготы для юридических лиц.

5. Наблюдается контроль со стороны страховой компании проведенного лечения и выставленного счета на наличие необоснованных процедур.

6. Страховые компании стараются заключать договоры с ЛПУ, имеющими новое медицинское оборудование, для проведения более точного анализа и выявления диагноза.

7. Происходит закрепление за клиентом личного врача-консультанта.

Несмотря на ряд преимуществ, система ДМС имеет недостатки:

1. Стоимость полиса ДМС рассчитывается индивидуально, и цена помимо стои-

мости услуг клиники включает также процент страховой компании, что делает покупку недоступной для большинства граждан.

2. Маркетинг страховых компаний направлен на долгосрочное взаимодействие со страхователем для получения финансовых выгод. Однако в российской практике можно проследить отсутствие должного внимания к клиенту, обладающему полисом ДМС.

3. Договор между страховой компанией и страхователем предполагает получение прибыли за счет минимизации затрат на клиента.

4. Тяжелобольные пациенты входят в рисковую группу для страховщиков, и зачастую их не берут на страхование либо увеличивают стоимость конечного полиса.

Сегодня можно утверждать, что рынок ДМС в Российской Федерации сложился и на нем есть свои лидеры. Так, по итогам 2017 г. это были страховые компании «Согаз» (14,4%), «Сбербанк Жизнь» (7,3%), «Росгосстрах» (7,0%), «РЕСО-гарантия» (6,8%) и «Ингосстрах» (6,2%)¹. Одним из факторов, влияющих на динамику рынка ДМС, является то, что объем сборов напрямую зависит от роста преискурантов ЛПУ. Постоянный рост стоимости полиса выступает одним из основных сдерживающих факторов развития добровольного медицинского страхования. Кроме того, есть определенный конфликт интересов между страховыми компаниями и лечебными учреждениями, связанный со стремлением медиков завязать стоимость и количество оказанных услуг, что может привести к убыточности ДМС.

На российском рынке ДМС высокий уровень концентрации игроков и конкуренции между ними. Ему способствуют внешние предпосылки: ужесточение государственного контроля и требования к платежеспособности страховых компаний. Также существуют внутренние причины этого явления. Положительный финансо-

вый результат от ДМС может быть достигнут только на очень больших объемах работы при том условии, что страховая компания котирует и рассчитывает адекватные тарифы, у нее экономичные и проработанные бизнес-процессы. Поэтому приоритетными направлениями маркетинговой политики страховщиков и функционирования добровольного медицинского страхования являются повышение качества медицинских услуг и качества услуг страхового сервиса; расширение доли рынка в плане объема продаж, что напрямую зависит от качества предоставляемых услуг; прибыльное проведение операций по ДМС.

Страховые компании проводят экспертизу ЛПУ, обращая внимание на недостатки, контролируют работу врачей, где обслуживается страхователь. Основную роль играет не стоимость страхования, а уровень организации ДМС, усложнение и увеличение сервисной составляющей страховых продуктов, а также наличие дополнительных опций, которые включают широкий спектр оплачиваемых заболеваний и манипуляций.

Программы ДМС представляют собой достаточно простой механизм для клиентов: выбор тех видов медицинских услуг и помощи, которые ему необходимы. Большинство страховых компаний предлагают именно комплексные программы ДМС, включающие в себя виды базовых медицинских программ (амбулаторно – поликлиническая помощь, стационар, стоматология и выезд скорой помощи), дополнительные опции и уровень обслуживания клиентов.

Собственные исследования ЛПУ в процессе заключения договора со страховой компанией

Процедура сбора информации начинается с анализа рынка ДМС, который проводится маркетологами ЛПУ. В процессе сбора и обработки информации оцениваются емкость рынка, основные тенденции по направлению ДМС, количество клиентов, зарегистрированных в страховых ком-

¹ URL: http://www.reso.ru/export/sites_reso/About/Presentations/RESO-Garantia-december2017.pdf

паниях и активно пользующихся услугами, доля страховой компании на рынке.

Большое значение имеет показатель частоты использования медицинских услуг по кодам. Данный параметр позволяет выявить за определенный период неактуальные услуги, которые требуют коррек-

ровки. ЛПУ должны акцентировать внимание на популярных услугах, которые, согласно закону Парето, приносят 80% дохода.

Перед заключением договора со страховой компанией должен пройти ряд процессов, описанных в алгоритме (рис. 1).

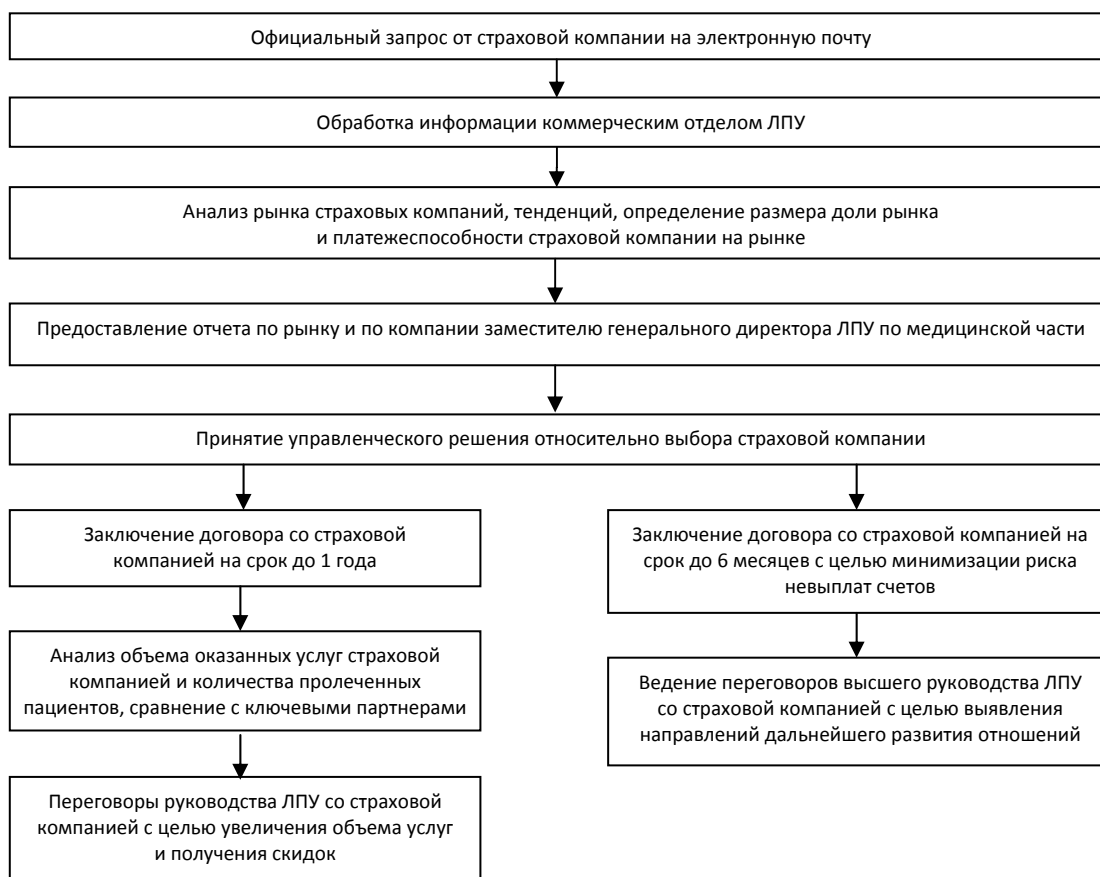


Рис. 1. Процесс заключения договора со страховой компанией

Ключевым для лечебно-профилактического учреждения является ряд показателей, характеризующих объем услуг и количество посещений ЛПУ за месяц. Приведем пример из практики. НМХЦ им. Н. И. Пирогова ведет статистику посещений клиентов по полисам ДМС по каждой страховой компании в каждом функционирующем подразделении: КДЦ «Измайловский», КДЦ «Арбатский», ДКДЦ, стационар. Основными данными являются количество клиентов, обратившихся в Центр за месяц; количество оказанных ус-

луг за месяц; сумма, полученная за месяц обслуживания.

Ежемесячно составляется отчет по каждой страховой компании и сравниваются показатели отчетного месяца года с предыдущим месяцем базисного года. Главным показателем страховой компании при госпитализации является средний чек на пациента, рассчитанный как сумма оказанных услуг за месяц, разделенная на количество пациентов, пролеченных в данный месяц. Данный параметр должен стремиться к минимизации для увеличе-

ния прибыли страховой компании. Для лечебного учреждения ключевым параметром является средний чек койки, рассчитанный как сумма оказанных услуг за месяц, разделенная на количество коек. Данный параметр должен расти, чтобы приносить больший доход медицинскому учреждению.

Клинико-диагностические центры анализируются при помощи статистических наблюдений за отчетные месяцы в динамике с базисными. При этом изучаются количество пролеченных пациентов, доля страховой компании по сумме услуг в общей сумме страховых компаний, средний чек на одного пациента.

Каждая страховая компания заключает договор с медицинским центром на дейст-

вующие подразделения. Раз в полгода происходят встречи высшего руководства контрагентов с целью получения скидки, с одной стороны, и увеличения количества пациентов – с другой.

На переговорах в качестве аргументации используются данные, примеры которых приведены на рис. 2 и 3. Они позволяют выявить динамику отчетного года к базисному и в дальнейшем принять управленческое решение на основе полученных статистических данных.

Так, к примеру, на рис. 2 явно прослеживается положительная динамика по КДЦ «Арбатский», тогда как стационар в 2017 г. по сравнению с 2016 г. выглядит крайне неудовлетворительно.

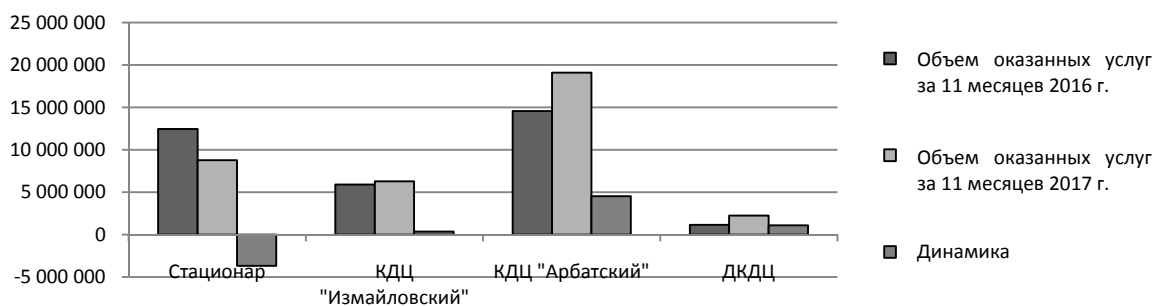


Рис. 2. Объем и динамика оказанных услуг по подразделениям НМХЦ им. Н. И. Пирогова за 2016–2017 гг. (в руб.)

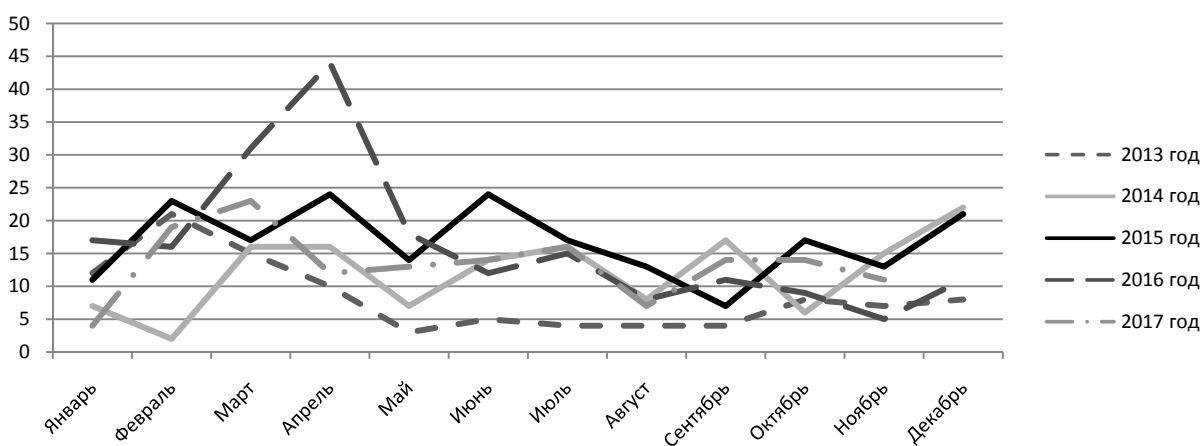


Рис. 3. Количество пролеченных пациентов в стационаре за 2013–2017 гг. (в чел.)

Как видно из рис. 3, динамика пролеченных пациентов по стационару за период с 2013 по 2017 г. имела постепенно ухудшающуюся тенденцию. Общее количество пациентов за предыдущий год сократилось и даже не наблюдалось таких активных всплесков по посещению, как было в 2015 (апрель, июнь) и в 2016 гг. (апрель).

Основные выводы и рекомендации для дальнейшего изучения и управленческих решений

Подводя итог, следует отметить несколько важных моментов:

1. Информация, собранная в процессе проведения маркетингового исследования рынка платных медицинских услуг, представляет для лица, принимающего решение, данные о рынке, его лидерах, тенденциях в сфере ДМС. Использование внут-

ренней информации позволяет ЛПУ экономить финансовые средства, время на обработку данных и принятия ключевого решения.

2. Регулярность проведения исследований в ЛПУ позволяет систематизировать общие данные, выявить ключевые тенденции.

3. Крайне необходимо проводить исследования не время от времени, а на постоянной основе. В данном случае речь идет исключительно о формировании полноценной МИС лечебно-профилактического учреждения.

4. Для полноценной работы МИС важно знать главные параметры, необходимые руководству для поддержания взаимовыгодных отношений со страховыми компаниями.

Список литературы

1. Банев В. Страховая медицина // Дальневосточный капитал. – 2004. – № 6. – С. 47–49.
2. Махова О. А. Научное обоснование маркетингового подхода к оказанию платных медицинских услуг в государственных амбулаторно-поликлинических учреждениях : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006.
3. Проклова Т. Н., Миляков В. П., Бульхина Г. Р. О добровольном медицинском страховании (социологическое исследование) // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – № 2.
4. Скоробогатых И. И., Сидорчук Р. Р., Мешков А. А., Мусатов Б. В., Ефимова Д. М., Тультаев Т. А., Евсеева Д. Концепция волновых маркетинговых исследований для изучения ценностных ориентиров студенческой аудитории // Маркетинг в России и за рубежом. – 2016. – № 6. – С. 30–36.
5. Трегубова А. А. Моделирование спроса и предложения услуг добровольного медицинского страхования // Финансовые исследования. – 2010. – № 29. – С. 22–29.
6. Цветкова А. Б., Скоробогатых И. И. Восприятие медиаканалов молодежным сегментом потребителей на рынке медицинских услуг // Маркетинг и маркетинговые исследования. – 2017. – № 2. – С. 132–144.

References

1. Banev V. Strakhovaya meditsina [Insurance Medicine]. *Dal'nevostochnyy kapital* [Far-East Capital], 2004, No. 6, pp. 47–49. (In Russ.).
2. Makhova O. A. Nauchnoe obosnovanie marketingovogo podkhoda k okazaniyu platnykh meditsinskikh uslug v gosudarstvennykh ambulatorno-poliklinicheskikh uchrezhdeniyakh. Dis. kand. med. nauk [Academic Substantiation of the Marketing Approach

to Rendering Paid Medical Services in State Polyclinic Institutions. PhD med. sci. diss.]. Saint Petersburg, 2006. (In Russ.).

3. Proklova T. N., Milyakov V. P., Bul'khina G. R. O dobrovol'nom meditsinskom strakhovanii (sotsiologicheskoe issledovanie) [Concerning Voluntary Medical Insurance (Sociological Research)]. *Rossiyskaya akademiya meditsinskikh nauk. Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya* [Russian Academy of Science. Bulletin of the National Research Institute of Public Health], 2012, No. 2. (In Russ.).

4. Skorobogatykh I. I., Sidorchuk R. R., Meshkov A. A., Musatov B. V., Efimova D. M., Tul'taev T. A., Evseeva D. Kontseptsiya volnovykh marketingovykh issledovaniy dlya izucheniya tsennostnykh orientirov studencheskoy auditorii [The Concept of Wave Marketing Research for Studying Value Landmarks of the Students' Audience]. *Marketing v Rossii i za rubezhom* [Marketing in Russia and Abroad], 2016, No. 6, pp. 30–36. (In Russ.).

5. Tregubova A. A. Modelirovanie sprosa i predlozheniya uslug dobrovol'nogo meditsinskogo strakhovaniya [Modeling Demand and Supply of Services of Voluntary Medical Insurance]. *Finansovye issledovaniya* [Finance Research], 2010, No. 29, pp. 22–29. (In Russ.).

6. Tsvetkova A. B., Skorobogatykh I. I. Vospriyatie mediakanalov molodezhnym segmentom potrebiteley na rynke meditsinskikh uslug [Perception of Media-Channels by Youth Segment of Customers on Medical Services Market]. *Marketing i marketingovye issledovaniya* [Marketing and Marketing Tools], 2017, No. 2, pp. 132–144. (In Russ.).

Сведения об авторах

Анна Борисовна Цветкова

кандидат экономических наук, доцент
кафедры маркетинга РЭУ им. Г. В. Плеханова.
Адрес: ФГБОУ ВО «Российский
экономический университет имени
Г. В. Плеханова», 117997, Москва,
Стремянный пер., д. 36.
E-mail: Tsvetkova.AB@rea.ru

Ренат Халитович Юнисов

менеджер по маркетингу
НМХЦ им. Н. И. Пирогова
Минздрава России.
Адрес: Федеральное государственное
бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический
Центр имени Н. И. Пирогова»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации,
105203, Москва,
ул. Нижняя Первомайская, д. 70.
E-mail: renat.younisov@gmail.com

Information about the authors

Anna B. Tsvetkova

PhD, Assistant Professor of the Department
for Marketing of the PRUE.
Address: Plekhanov Russian University
of Economics, 36 Stremyanny Lane,
Moscow, 117997,
Russian Federation.
E-mail: Tsvetkova.AB@rea.ru

Renat Kh. Yunisov

Marketing Manager of the Federal State Public
Institution "National Medical and Surgical
Center named after N. I. Pirogov"
of the Ministry of Healthcare
of the Russian Federation.
Address: Federal State Public Institution
"National Medical and Surgical Center named
after N. I. Pirogov" of the Ministry of Healthcare
of the Russian Federation, 70 Nizhnyaya
Pervomayskaya Str., Moscow, 105203,
Russian Federation.
E-mail: renat.younisov@gmail.com