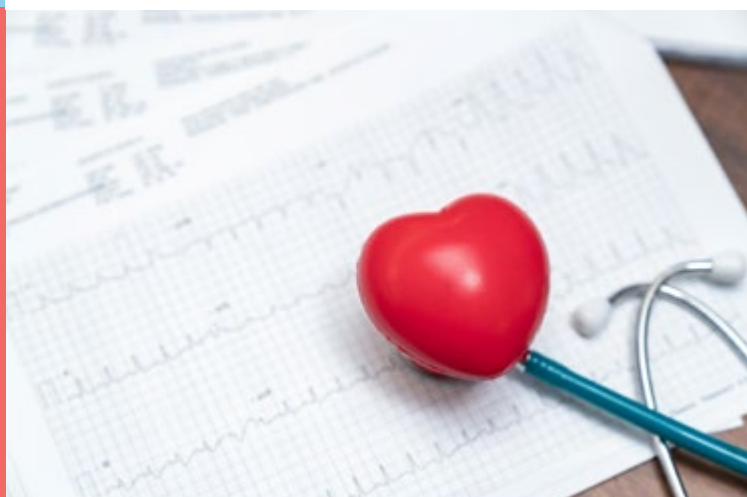


**крупнейших
компаний
России**





Страхование Инвестиции в здоровье

Продуманная старость — [стр. 148](#) →

Полис от серьезных болезней — [стр. 150](#) →

ПАРТНЕРЫ ПРОЕКТА



*ООО СК «Сбербанк
страхование жизни»



Здоровье дороже

ТЕКСТ
Сергей Алексеев

Увеличение продолжительности жизни и развитие медицины оборачиваются ростом нагрузки на государственные бюджеты в части финансирования системы здравоохранения. Вопрос, как решать проблему, актуален и для России.



Давление старения

Население планеты продолжает расти, увеличивается и продолжительность жизни на фоне успехов медицинской науки, улучшения санитарного состояния и в целом с повышением качества жизни (в среднем на планете). В то же время услуги медучреждений становятся дороже.

По данным экспертов ООН, численность населения в мире вырастет к 2030 году до 8,5 млрд человек (в 2013 году — 7,3 млрд), а к 2050 году — до 9,7 млрд. Одновременно население планеты стареет, поскольку средний показатель рождаемости падает. Как показали исследования ООН, к 2050 году доля людей старше 60 лет достигнет почти 22% общей численности населения, удвоившись по отношению к началу второго десятилетия XXI века.

По словам профессора кафедры финансов и цен РЭУ им. Г.В. Плеханова Юлии Финогеновой, старение населения повысило спрос на долгосрочную медицинскую помощь. Все эти факторы увеличивают давление на систему здравоохранения, без новых подходов к решению задачи финансирования она может не выдержать даже в самых благополучных странах.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), расходы на здравоохранение в странах ОЭСР (включая государственное финансирование и добровольное страхование) варьируются от 4,3% ВВП в Турции до 17,2% ВВП в США. При этом в России они составляют 3,5% ВВП, то есть по этому показателю страна отстает даже от других развивающихся государств, говорит Юлия Финогенова. Согласно отчету ОЭСР, опубликованному в ноябре 2017 года, в 2016-м страны — члены организации тратили на здоровье в среднем \$4000 на человека, самый высокий показатель был зафиксирован в США — \$9892. Для сравнения: в России эти траты составили \$1351 — где-то между Коста-Рикой (\$1390) и ЮАР (\$1149).



Основная нагрузка финансирования медицинского обслуживания приходится в большинстве развитых государств на госбюджет. По словам Юлии Финогеновой, во всех странах ОЭСР, за исключением США, основными механизмами финансирования здравоохранения являются государственные программы, в соответствии с которыми отдельные категории граждан автоматически получают право на медицинское обслуживание по месту жительства. В Дании, Швеции и Великобритании федеральное, региональное или местное правительство финансирует 80% или более всех расходов на здравоохранение. В Германии, Японии, Франции и Словакии свыше 75% всех расходов на здравоохранение оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования, и только в США правительство профинансировало меньше половины всех расходов на здравоохранение.

Российская специфика

Нагрузка по финансированию здравоохранения в России также ложится на государство. «Большее половины населения отдает предпочтение государственным медицинским учреждениям, что говорит о высокой нагрузке на систему здравоохранения», — отмечает Елена Солопова, руководитель российского представительства международной компании Madanes Advanced Healthcare Services (специализируется на создании и администрировании программ медицинского страхования для крупнейших страховщиков).

Что делать?

Модель, по которой будет корректироваться система финансирования здравоохранения, более или менее понятна — государственные средства будут постепенно замещаться частными и корпоративными, доля добровольного медицинского страхования, в том числе индивидуального, будет расти. Елена Солопова приводит в пример Германию, где гражданин, имеющий определенный подтвержденный уровень дохода, может заменить ОМС на ДМС как частично, так и полностью. Однако она признает, что у нас полисы ДМС по-прежнему приобретают преимущественно работодатели как часть социального пакета компании. И в условиях экономического спада страхование становится одной из первых статей в списке на сокращение расходов. Так, в 2017 году более чем вдвое снизилось число тех, кто имеет полис ДМС: с 35% в 2016-м до 15%, отмечает эксперт.

В условиях стагнации российской экономики рассчитывать на значительный рост индивидуальных трат населения на медицину преждевременно. В такой ситуации, возможно, стоит начать с совершенствования системы ОМС. По мнению Елены Солоповой, эта система недостаточно быстро и гибко реагирует на изменения, происходящие в современной социально-экономической сфере, а тарифы ОМС на медицинские услуги она считает устаревшими. Тарификация, в частности, не учитывает субъективных факторов в процессах оказания медицинской помощи. «Для примера: вне зависимости от того, прошла ли операция планоно, за 45 минут без осложнений, или же хирургической бригаде понадобилось провести пять часов у стола и задействовать больше ресурсов, чем планировалось, тариф оплаты операции остается неизменным», — говорит Елена Солопова. Таким образом покрываются затраты на дополнительные расходные материалы, но время, затраченное врачебной бригадой, не компенсируется в финансовом отношении. Это приводит к дисбалансу затрат и, в свою очередь, к недостатку финансирования медицинских учреждений, работающих в системе ОМС. Кроме того, бюджетирование не предусматривает средств, которые можно было бы использовать для мотивации персонала, повышения квалификации через дополнительные программы обучения и пр.

Пока не видно факторов, которые могут дать возможность Российскому государству начать изменение баланса в финансировании здравоохранения, сокращая его государственную часть. По оценке Елены Солоповой, «ситуация меняется, все большее количество пациентов обращаются к услугам коммерческой медицины. Доля участия страховых программ в этом сегменте также постепенно растет, но пока не превышает четверти коммерческих медицинских услуг, за которыми обращается население».

Но сейчас новые вызовы ставит перед отраслью изменение возраста выхода на пенсию. Неизвестно, просчитывались эти вызовы или нет, но очевидно, что рост числа граждан предпенсионного возраста потребует новых решений. По словам аналитика ГК «Финам» Алексея Коренева, еще никто из официальных лиц не заявлял о разработке программ, посвященных глубокому реформированию системы здравоохранения, включая создание так называемой медицины пожилых. «Для кардинальных изменений в системе медицинского обслуживания надо в разы увеличить финансирование отрасли. При этом необходимо уделить особое внимание созданию условий для комфортной жизни и работы значительного числа вновь появляющихся трудящихся предпенсионного возраста и ускоренными темпами развивать медицинское обслуживание в регионах», — говорит эксперт.

Жизненные показания

ТЕКСТ
Вера Гордина

За увеличением продолжительности жизни следует и новый подход к здоровью. Страховщики и медицинские организации уже разрабатывают совместные продукты, привлекая и высокотехнологичные сервисы.

ФОТО: АРТУР НОВОСИЛЬЦЕВ/ТАСС



Проблемы, связанные со здоровьем, большинство граждан решают с помощью системы обязательного медицинского страхования (см. вынос), некоторые — с помощью полиса добровольного медицинского страхования, как правило, предоставляемого в рамках соцпакета работодателем. Немногие в курсе того, что есть страхование от критических заболеваний, к которым относятся, например, онкологические, сердечно-сосудистые, требующие нейрохирургического вмешательства и другие. Эти риски можно назвать актуальными, поскольку они вызваны увеличением продолжительности жизни и старением населения (из-за низкой средней рождаемости). Если раньше из-за таких болезней умирали, то теперь с ними живут.

Риски в ассортименте

Страховщики не первый год продают специальные полисы от рисков критических заболеваний, но большинство граждан рассчитывают на то, что такой полис не понадобится, и пытаются приобрести продукт, когда патология уже диагностирована.



размере страховых сумм. Диагностику и лечение онкологических заболеваний покрывает полис ОМС, однако онкострахование дает больше возможности для получения качественной медицинской помощи, в том числе в тяжелых медицинских случаях. На популярность таких программ влияет рост числа вновь выявленных случаев злокачественных новообразований. Согласно исследованиям МНИОИ им. П.А. Герцена, в 2017 году было выявлено более 617 тыс. таких случаев, что почти на 3% выше, чем годом ранее.

Цена вопроса

Стоимость программ по критическим заболеваниям, по словам страховщиков, варьируется от 3 тыс. до 70 тыс. руб. в год в зависимости от возраста застрахованного, заболеваний, спектра оплачиваемых услуг и величины покрытия. Страховое покрытие может достигать до нескольких миллионов рублей или долларов.

Эксперты считают такие расценки относительно невысокими, поскольку при наступлении страхового случая, когда диагностировано критическое, то есть смертельно опасное, заболевание, последствия могут быть катастрофическими, а лечение — дорогостоящим, неподъемным для большинства граждан. Например, стоимость базовой операции по удалению злокачественной опухоли при самостоятельном лечении составляет от 50 тыс. до 150 тыс. руб., лучевой терапии — от 15 тыс. до 45 тыс. руб., химиотерапии — до 300 тыс. руб. К этому надо добавить расходы на пребывание в стационаре, покупку медицинских препаратов, обследования и последующую реабилитацию.

Организацией лечения в рамках страхования от критических заболеваний занимаются специализированные ассистанс-компании — как правило, зарубежные. «Они подбирают врачей и организуют лечение за границей или в России, — поясняет директор по медицине СК «Сбербанк страхование жизни» Екатерина Коломенцева. — Как правило, российским пациентам предлагают лечение в России в ведущих медицинских центрах, а также в клиниках Израиля, Германии, Швейцарии, Франции или Южной Кореи».

Застрахованный может выбрать врача или клинику из предложенных ассистанс-компаний. Так, средняя стоимость лечения в Израиле с полисом страхования жизни составляет от \$3 тыс. до \$50 тыс., тогда как

ПРОДОЛЖЕНИЕ →

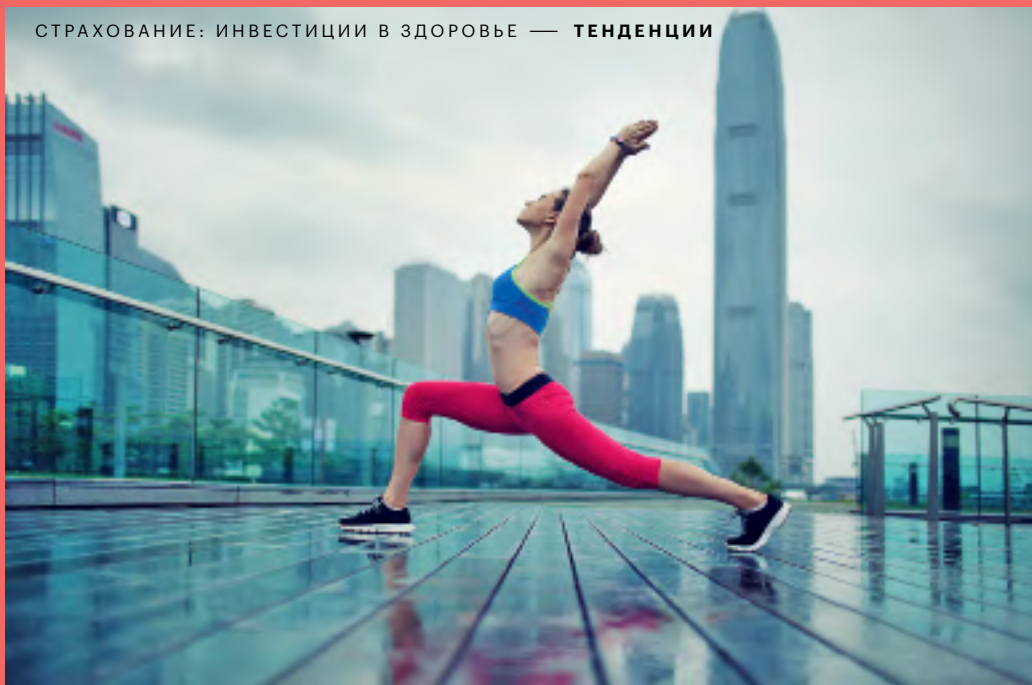
Ограниченные риски

В России страхование критических заболеваний все еще мало знакомый большей части населения продукт. В США, например, первые программы онкострахования появились в 1950-х годах, в Японии — в 1974-м с приходом американской страховой компании Aflac. В России онкострахование появилось на рынке только в 2010-х годах, и, разумеется, его проникновение пока меньше, чем у тех же американцев.

Как поясняет исполнительный директор управления андеррайтинга и методологии ДМС компании ВСК Алексей Шрамко, программы, покрывающие лечение критических заболеваний, сегодня есть у многих российских страховых компаний, активно работающих на рынке медицинского страхования и страхования жизни. Разница в наборе клиник, странах оказания услуг, перечне покрываемых заболеваний, а также в

Полис ДМС имеет много исключений, когда лечение получить нельзя. «Наличие заболеваний, не являющихся страховым случаем, не может быть основанием для отказа в заключении договора страхования, но застрахованному не будет организована медпомощь по данному диагнозу и связанными с ним осложнениями», — говорит Андрей Ляпунов, заместитель руководителя дирекции ДМС СК «МАКС». Так, стандартными исключениями из правил страхования являются СПИД, оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, тяжелый острый респираторный синдром, гепатит, холера, чума, малярия,

вирусные лихорадки, а также вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь, алкоголизм, наркомания, токсикомания, психические расстройства и расстройства поведения, злокачественные новообразования, гемобластозы и другие серьезные болезни. Как поясняет директор департамента медицинского страхования компании «Ингосстрах» Андрей Копыток, при наличии у потенциального клиента этих заболеваний решение принимается индивидуально по результатам анализа медицинской анкеты и при необходимости — дополнительно запрошенной медицинской документации.



1-е

место в мире по здоровью нации занимает Гонконг благодаря выстроенной системе чекапов

→ продолжение

в случае самостоятельного лечения в зарубежных клиниках оно обойдется в \$30–100 тыс.

Ведущие российские клиники и медицинские центры также сотрудничают со страховыми компаниями в рамках страхования жизни от критических заболеваний. К ним можно отнести клинику «Медицина», Европейский медицинский центр, ГК «Медси», Европейскую клинику и др. Сегодня в России уже более 500 тыс. человек приобрели такие полисы, и эксперты оценивают такую динамику весьма позитивно. По словам Екатерины Коломенцевой, тенденция роста продажи полисов онкострахования наблюдается в течение последних двух лет.

Потенциал у рынка огромный, уверена заместитель генерального директора компании «Марш — страховые брокеры» Светлана Певнева: «Сегодня в России уже продается более 10 тыс. в месяц таких полисов, например через банки, и это один из наиболее актуальных сейчас продуктов. К сожалению, количество заболеваний растет, а сами болезни молодеют. Все больше людей заботятся о своем здоровье и благополучии и задумываются о помощи при неблагоприятном стечении обстоятельств, на рынке есть достаточно бюджетные программы страхования от критических заболеваний на территории России, появляется много примеров эффективного лечения по программам страхования». По ее словам, растет и количество игроков на рынке, ожидается появление новых ассистантских компаний, поэтому все участники ожидают его подъем в ближайшие два-три года.

Набор инструментов

Вперед движутся не только медицинские технологии, но и сервис, помогающий пациентам получить доступ к диагностике и лечению. Задача состоит не только в том, как предоставить адекватное лечение, но прежде всего как обеспечить качество жизни,

которое позволит предотвратить наступление многих рисков. Такую миссию взяли на себя компании по страхованию жизни. Они предоставляют, например, возможности диагностики в рамках программ чекап, помогают воспользоваться услугами телемедицины и услугой «второе мнение».

«Во всех западных странах прекрасно развита превентивная медицина, — рассказывает Екатерина Коломенцева. — Люди не боятся ходить в медицинские учреждения, регулярно сдают анализы, заботятся об уровне холестерина и стараются правильно питаться. Это поощряется страховыми компаниями: например, в Финляндии те, кто регулярно проходит медосмотр, платят за страхование на 10% меньше тех, кто не посещает врача. В России же нередко к врачу попадают, только когда становится совсем невмоготу».

Для примера: Гонконг, согласно рейтингу Bloomberg по эффективности системы здравоохранения за 2016 год, занимает первое место в мире по здоровью нации благодаря выстроенной системе чекапов. С первого дня жизни все жители обязаны проходить чекап ежегодно, без этого не допускаются ни в учреждения, в том числе в детские сады и школы, ни на работу. Россия в этом рейтинге занимает 55-е место, добавляет эксперт.

В настоящее время в России работает более 200 организаций, предлагающих своим клиентам услуги страхования от критических заболеваний и чекапы, то есть комплексную проверку здоровья. Стоимость чекапа зависит от его объема. Например, базовый чекап в зависимости от выбранной клиники и возраста пациента составит от 6 тыс. до 200 тыс. руб. Стандартный чекап включает в себя лабораторные анализы (общий анализ крови, кровь на инфекции, анализ мочи), УЗИ, флюорографию, ЭКГ, обследование терапевта и узких специалистов, таких как невролог, ЛОР, кардиолог, офтальмолог, гинеколог, уролог, хирург, стоматолог.

Программа чекапов может включать в себя пребывание в стационаре и консультации у психотерапевта. Бывают и специализированные чекапы: онко-, кардио-, гастропрограммы, чекап для женщин, для мужчин, для тех, кто хочет стать родителями. Они включают более расширенный спектр исследований по заданному профилю. При этом в рамках продукта компании по страхованию жизни чекап может оказаться дешевле на 10–15%, чем при оплате в клинике напрямую. Это связано с тем, что у страховых компаний особые условия сотрудничества с

клиниками. В России вообще цены ниже мировых. «Полные чекапы, которые предполагают посещение большого числа специалистов и широкий спектр исследований, стоят от 25 тыс. до 450 тыс. руб., — рассказывает Екатерина Коломенцева. — Чекап организма в Китае стоит от \$3,6 тыс. до \$5,6 тыс., в Израиле — \$4,5–7 тыс., в Германии — \$5,8–9 тыс., в США — \$6,7–10,5 тыс.».

Традиционно компании по страхованию жизни практиковали предстраховые чекапы. Они нужны, чтобы подобрать клиентам индивидуальные условия страховых программ. Проводятся они полностью за счет страховщика. В прошлом году в «Сбербанк страхование жизни» в процессе заключения страховых договоров чекап прошли 2 тыс. клиентов компании. И у некоторых были обнаружены заболевания, о которых они не подозревали. Например, заболевание почек, потребовавшее операции. А с 2018 года компания «Сбербанк страхование жизни» стала активно развивать чекап как самостоятельный сервис в полисах страхования жизни.

На помощь страховым компаниям приходит и телемедицина. С января текущего года ее услуги узаконены на федеральном уровне. Смысл телемедицины в том, чтобы предоставить пациентам возможность получить консультацию врача дистанционно, при помощи гаджетов (см. интервью на с. 154). Пока это продукт на стыке технологических стартапов и медицинских учреждений. Но уже сейчас очевиден интерес к нему со стороны компаний, которые стремятся наполнять свои программы сервисными составляющими. Телемедицину как сервис используют, в частности, «ВТБ Страхование», «Ренессанс страхование». В СК «Сбербанк страхование жизни» к концу текущего года этой опцией смогут воспользоваться более 3 млн клиентов — она включена в продукты кредитного страхования жизни и многие другие.

Крупнейшие российские страховщики, например «Ингосстрах», «ВТБ Страхование», «Сбербанк страхование жизни», в качестве дополнительного сервиса предлагают также услугу «второе медицинское мнение». Верификация диагноза очень важна, поскольку неверный врачебный вердикт не редкость.

Эта опция дает возможность в случае критического диагноза направить результаты обследований для получения второго врачебного заключения, в том числе в зарубежные клиники.

В СК «Сбербанк страхование жизни» «второе медицинское мнение» доступно по онкологии, неврологии, нефрологии, ортопедии, кардиологии, гематологии и другим серьезным диагнозам. Лидируют по количеству обращений на подтверждение диагноза неврология — 28% обращений, далее ортопедия — 20%, онкология с 16% на третьем месте. Больше всего таких консультаций проводится в США и Южной Корее. Там в 10% случаев диагноз клиентам компании после «второго медицинского мнения» был изменен или уточнен, а лечение скорректировано.



«Второе медицинское мнение» доступно как для страхователей массового сегмента, так и для люксового

«Второе медицинское мнение» доступно как для страхователей массового сегмента, так и для VIP-клиентов. Для владельцев полисов с большим лимитом страхового покрытия оптимальными можно считать комплексные программы, которые предусматривают диагностику критических заболеваний, телемедицину, чекап и «второе медицинское мнение» о поставленном диагнозе. В СК «Сбербанк страхование жизни» такая программа — «Фонд здоровья» — предусматривает и накопления, то есть гарантирует выплаты по окончании действия договора.

Лечение по ОМС

Официально весь спектр заболеваний покрывает система обязательного медицинского страхования. Некоторые заболевания, например туберкулез, лечатся только в специализированных учреждениях, которые не работают в рамках коммерческой медицины, обращают внимание специалисты страховой компании «Альянс». Также программа ОМС подразумевает бесплатное лечение онкологических заболеваний по месту постоянной регистрации. По Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017-й, а также на 2018 и 2019 годы россияне имеют право на бесплатное лечение и удаление злокачественных образований, лечение врожденных аномалий печени, желчных протоков, воротной вены, язвенного колита и болезни

Крона, тромбоза церебральных артерий и синусов и других заболеваний. Стоимость лечения варьируется от 150–200 тыс. руб. до нескольких миллионов рублей и покрывается системой госгарантий. Однако общеизвестно, что в системе ОМС попросту недостаточно денег, для того чтобы вылечить всех застрахованных. Ежегодно увеличивается государственное финансирование борьбы с онкологией, но этих средств не хватает. По статистике, каждая третья упаковка препаратов приобретается за счет пациента, — комментирует директор по медицине СК «Сбербанк страхование жизни» Екатерина Коломенцева. — К тому же лечение онкологии по ОМС сопровождается длительным ожиданием записи к специалисту, получения квот и так далее.

«Главное в телемедицине — это врачи»

С января 2018 года отечественные клиники получили право предоставлять пациентам дистанционные медицинские услуги. О том, как работает телемедицина, РБК+ рассказал директор по развитию сети клиник «Доктор рядом» Денис Швецов.

— В какой ситуации может оказаться полезной телемедицина?

— Преимущество телемедицины заключается в том, что технологии делают врачей доступными для пациентов в любое время, где бы те ни находились. На даче, в командировке или отпуске, когда ты далеко от города и рядом нет врача необходимой квалификации. Или наоборот — ты в центре мегаполиса, но совершенно нет времени для посещения клиники. Либо когда существующая проблема со здоровьем не кажется значимой. В таких случаях использование телемедицинских консультаций становится полезным, а иногда и безальтернативным способом получения медицинской помощи.

— С чего вы начинали развитие телемедицины?

— В ноябре 2016 года мы начали проводить телемедицинские консультации — бесплатно, в тестовом режиме. А уже в апреле 2017 года заключили первый в отрасли контракт со страховщиками на включение телемедицины в полисы ДМС. Параллельно подключили пациентов в рамках индивидуальных годовых контрактов. Потом заметили, что пользователи стали обращаться с вопросами: нахожусь в Таиланде, заболел, подскажите, что делать. Мы поняли, что выезжающие за рубеж — еще одна из наших целевых аудиторий. В основном это пациенты со стандартным набором жалоб: простыл, отравился, обжегся. Половину из них точно можно урегулировать дистанционно.

— Как это работает? Можно ли сказать, что врач определяет состояние пациента, исходя из того, как тот описывает симптомы?

— Да, в основе работы врача лежат данные, которые озвучивают или демонстрируют пациенты, а также медицинские документы, которые пациенты могут направить врачу накануне или во время консультации. Мы изучили структуру типовых обращений и выяснили, в каких случаях можем давать телемедицинскую консультацию, а в каких — нет. В отличие от многих провайдеров услуг в области телемедицины, которые начинали свою работу как ИТ-стартапы, а потом уже стали обрастать медицинскими компетенциями, мы пошли другим путем: у нас есть свои клиники, и в основе нашего сервиса — практикующие врачи. Это главная составляющая телемедицины. А телемедицина — один из способов стать ближе к нашим пациентам. Именно на это с самого начала была нацелена идеология нашего бренда — «Доктор рядом».

— Насколько можно доверять симптомам, которые озвучивает пациент? Нет ли опасности, что доктор в смартфоне чего-то не заметит?

— Задача врача на расстоянии провести первичную диагностику и определить нужный формат помощи, для чего врач и собирает анамнез. Этой информации может быть достаточно для рекомендаций, либо врач может направить пациента на дополнительную диагностику или очный прием в клинику. При этом ответственность врача регулируется законодательством независимо от того, каким способом была оказана медицинская помощь.

Недавно к нам обратилась пациентка, у которой начался отек после укуса осы. Доктор посоветовал вызвать скорую помощь и рекомендовал, какие конкретные шаги предпринять в ожидании врача. Благодаря этому удалось сохранить пациентке жизнь.

— Кто является основным двигателем развития телемедицины в России: ИТ-компании или клиники?



— Первыми на рынок телемедицины вышли ИТ-стартапы — они быстрые, гибкие и всегда ищут новые ниши для развития. Затем подключились клиники. Первой из медицинских компаний, запустившей свой телемедицинский сервис в России, стала «Доктор рядом». После 1 января 2018 года, когда в России был принят закон о телемедицине, потянулись и другие. По мере насыщения рынка на него все активнее будут выходить клиники, поскольку у их пациентов уже появился запрос на дистанционные медицинские консультации. И в какой-то момент ИТ-компания и клиники сойдутся в одной точке. С одной стороны, телемедицинские компании вынуждены предлагать что-то, кроме онлайн-консультаций, а с другой — клиникам необходимо выстраивать инфраструктуру взаимодействия с клиентом. Все игроки заинтересованы в том, чтобы создать максимально понятный и прозрачный цикл предоставления медицинских услуг.

— Через какие каналы клиенты получают услуги в области телемедицины?

— Мы оказались первыми среди профессиональных медицинских клиник, кто почувствовал потребность пациентов в дистанционном формате взаимодействия. В итоге мы работаем не только с пациентами нашей сети клиник, но и с теми, кому интересны исключительно телемедицинские услуги. Если к нашим клиникам прикреплены 300 тыс. пациентов и в основном это жители Москвы, то потребителями услуг в области телемедицины являются уже более 2 млн пользователей по всей России. У нас есть несколько продуктов, которые мы предлагаем нашим партнерам. Во-первых, это коробочное решение: в офисе нашего партнера можно купить годовую подписку на телемедицинские услуги, по которой в любой момент можно получить как срочную консультацию у терапевта или педиатра, так и плановую — у врача узкой специальности. Второй продукт — телемедицина в составе страховых полисов. Чаще всего это страховые продукты, по которым риск наступает редко, и продающие их партнеры заинтересованы в том, чтобы наполнить их сервисной составля-

ющей, а телемедицина для этого подходит идеально. Наши телемедицинские услуги включены во многие продукты страховых компаний «Сбербанк страхование жизни», «Ренессанс Страхование», «Росгосстрах», «АльфаСтрахование-Жизнь», «Русский стандарт страхование», «Уралсиб», ERGO, «Согласие», «Альянс» и других компаний. Мы работаем практически со всем клубом страховщиков. Третий продукт — это включение телемедицины в различные программы лояльности или сервисные пакеты, например премиальных банковских карт. Продукты различаются наполнением услуг врачей, количеством консультаций, а также набором дополнительных опций — например, «Второе медицинское мнение» или дистанционный чекап. — **Каково место России на международном рынке телемедицины?**

— По сравнению с Европой мы достаточно хорошо продвинулись. Из европейских стран телемедицина неплохо функционирует только в Великобритании, в США она гораздо более развита во многом благодаря современному регулированию. В России закон о телемедицине вступил в силу сравнительно недавно, и еще требуется разработать ряд нормативных документов. При этом рынок развивается достаточно быстро: еще год назад на телемедицину все смотрели скептически, а сегодня общество значительно изменило свои взгляды. Мы рассчитываем, что рынок телемедицины в России к концу 2019 года достигнет 10–12 млн человек.

— Насколько, по вашему мнению, действующее регулирование соответствует потребностям растущего рынка?

— Принятие нового закона стало очень серьезным шагом с точки зрения регулирования, до него телемедицинские услуги трактовали как угодно, в том числе и как информационные, для предоставления которых не нужна лицензия. Поэтому во второй половине 2017 года появилось много телемедицинских стартапов. Закон расставил все точки над «i» по вопросу о том, кто может предоставлять такие услуги, — только клиники, чьи врачи обла-

«По сравнению с Европой мы достаточно хорошо продвинулись: телемедицина неплохо функционирует только в Великобритании»

и электронной цифровой подписью. При этом врачам запрещено ставить диагноз и назначать лечение на первичном удаленном приеме. Но в России врачи и так достаточно консервативны в своих оценках. Возможность ставить диагноз могла бы существенно повысить ценность услуги, и я думаю, мы к этому придем. Рано или поздно телемедицинские консультации станут равнозначны очному приему.

— Если крупная ИТ-компания займется телемедициной и запустит некую единую платформу типа Uber, вы будете приветствовать это решение?

— Текущий рынок телемедицины еще не достиг своего насыщения, мы находимся в той ситуации, когда его надо растить. Для этого необходимы общие усилия государства и крупных игроков. Поэтому приход компаний, имеющих сильные маркетинговые инструменты, — это всегда хорошо. В то же время, если на маленьком несформированном рынке все начнут конкурировать между собой, не вкладывая ресурсы в его рост, это вряд ли будет эффективно. У ИТ-гигантов уже есть проекты в области телемедицины — например, «Яндекс» запустил проект «Яндекс.Здоровье». Похожие проекты развивают и телеком-операторы: МТС, «Билайн», «Теле2». Однако если посмотреть на рынок США, то там в телемедицине лидируют не Google или Amazon, а компании, в которых правильным образом совмещены медицинские, технологические и продуктовые компетенции, — только их сочетание позволит компании стать лидером.

РБК+ «СТРАХОВАНИЕ: ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ» (18+)

Тематическое приложение к журналу «РБК» является неотъемлемой частью журнала «РБК» №10/2018. Распространяется в составе журнала. Материалы подготовлены редакцией партнерских проектов РБК+. Партнеры: ООО СК «Сбербанк страхование жизни», ООО «Доктор рядом», Madanes Advanced Healthcare Services LTD. Реклама

Учредитель: ООО «БизнесПресс»
Издатель: ООО «БизнесПресс»
Директор ИД РБК+: Ирина Митрофанова
Главный редактор партнерских проектов РБК+: Наталья Кулакова
Шеф-редактор печатной версии РБК+: Юрий Львов

Редактор РБК+ «Страхование: инвестиции в здоровье»: Юлия Панфилова
Выпускающий редактор: Андрей Уткин
Дизайнер: Дмитрий Иванов
Фоторедактор: Алена Кондюрина
Корректоры: Татьяна Поленова, Маргарита Тарасенко
Главный редактор журнала «РБК»: Валерий Владимирович Игуменов

Рекламная служба: (495) 363-11-11, доб. 1342
Коммерческий директор издательства РБК: Анна Брук
Директор по продажам РБК+: Евгения Карлина
Директор по производству: Надежда Фомина
Адрес редакции: 117393, Москва, ул. Профсоюзная, 78, стр. 1