

страхование

«Страховые компании должны знать своих клиентов»

О том, как страховые компании, работающие в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), защищают права пациентов, о штрафах, которые они налагают на медицинские учреждения, а также о создании единой информационной экосистемы в ОМС «Ъ» рассказал директор Московского городского фонда ОМС **Владимир Зеленский**.

— **оценка рынка** —

— Сколько московский бюджет ОМС тратит на оплату услуг страховых компаний в системе обязательного медстрахования? — Давайте начнем с объема работ, которые Московский городской фонд ОМС покупает, а потом сравним с ценой. У страховых компаний несколько задач. Первая и очень ресурсоемкая — это оплата медпомощи. В Москве, например, 430 медицинских организаций, 12 млн застрахованных, по объему услуг это 3 млн вызовов скорой помощи, больше 1,5 млн госпитализаций и 0,5 млрд амбулаторных услуг в год. Кроме того, у страховых компаний есть обязанности по проведению плановых проверок медицинских организаций. По нормативам 8% случаев госпитализации должны в обязательном порядке проходить экспертизу с выходом в медорганизацию — в Москве это более 100 тыс. экспертиз. Также должны проходить обязательную экспертизу чуть менее 1% всех амбулаторных услуг — а это уже миллионы экспертиз.

Другая задача страховых компаний — это защита прав застрахованных: информирование, разъяснение, что платно, что бесплатно, проведение экспертиз по жалобам граждан.

По московскому закону размер средств на ведение дел страховых компаний составляет 1% от суммы, направляемой на оплату медпомощи. В 2016 году услуги страховых компаний нам обошлись в 1,6 млрд руб., в этом году прогнозируем 1,7 млрд руб., в 2018-м это почти 2,3 млрд руб. Все это без учета доли от санкций, применяемых к медицинским организациям.



— Много лет ведется дискуссия о роли страховых компаний в ОМС. В московской системе ОМС страховщики — защитники прав застрахованных или все-таки казначей?

— Конечно, страховые компании должны быть защитниками, и мы сделали первый шаг к этому: показали гражданам, что происходит за кулисами системы ОМС. Мы открыли застрахованным доступ к личному кабинету, где граждане могут увидеть, какие услуги им оказаны, какова их стоимость, и ознакомиться с результатами экспертизы страховой компании, если она была проведена.

— Институт страховых представителей улучшил взаимодействие страховщиков и застрахованных?

— Страховые компании давно ведут эту работу, они и так были в этом профессионалами. Тем более в Москве компании давно занимаются и коммерческим страхованием, сложилась определенная культура взаимодействия с клиентами в части работы колл-центров, консультаций врача, который мог бы ответить на более специальные вопросы — например, правильно ли не назначают пациенту МРТ, если он этого хочет. Так что в Москве

информирование доступно. Вопрос в том, пользуются ли этим граждане. К сожалению, 99% населения не имеют в телефонах контактов страховой компании. Но институт представителей организован в первую очередь именно для застрахованных.

— Сейчас в ОМС Москвы работают десять страховых компаний. Как вы оцениваете их работу?

— Мы обязаны их ежегодно проверять. За последние три года нашли достаточно большое количество нарушений, и характер их меняется. В 2010 году с принятием Закона об ОМС страховые взносы выросли почти на 70%. В 2012 году завершилась модернизация здравоохранения, было обновлено оборудование, отремонтированы медучреждения. После этого мы достаточно серьезно озаботились взаимодействием компаний с гражданами: вовремя ли они обрабатывают жалобы, проводят по ним экспертизы, отвечают на обращения. Результаты были не очень положительные. Основные нарушения — невыполнение объема и сроков плановых экспертиз и экспертиз по жалобам. В 2014 году страховые компании были оштрафованы на сумму более 250 млн руб.

В 2016 году ситуация стала лучше: сумма штрафов снизилась до 170 млн руб., хотя мы до сих пор находим нарушения при проведении экспертиз качества, самого сложного вида экспертиз. Нарушения связаны со сроками и качеством самой экспертизы, с привлечением специалистов не того профиля. Такая экспертиза не просто проверка медицинской документации, а оценка врачом-специалистом тактики ведения пациента, маршрутизации, правильности выбора технологии лечения, сроков, медикаментов. К сожалению, это не всегда соблюдается. Не может, грубо говоря, терапевт, судить о том, правильно ли сработал хирург — а такое встречается.

Есть нарушения, когда страховые компании выявляют определенные дефекты, которые должны повлечь за собой наложение штрафов, а они не налагаются. Сложно судить о причинах, но мы это выявляем и штрафует страховщиков.

— Есть ли среди них передовики и отстающие?

— Деятельность страховщиков настолько predetermined законом, что здесь не может быть отстающих или лидеров. ОМС — это же не рыночная история: люди неохотно меняют страховые компании, не очень хорошо знают, чьими клиентами они являются. Мы постоянно со страховыми компаниями говорим как раз на эту тему, напоминаем, что их должны знать клиенты и они должны знать своих клиентов. Не только номер полиса, а портрет конкретного застрахованного, кто чем болеет, есть ли среди застрахованных хронические больные, знать, кто входит в группу риска.

— И знают?

— К сожалению, плохо знают, и это, наверное, самая большая проблема. Страховые компании должны познакомиться с населением и понимать, чем оно болеет. Если в портфеле застрахованных достаточно большое количество онкопациентов, хронических пациентов, значит, нужно укреплять экспертно-консультативную врачебную службу врачами соответствующих специальностей. Пока же это действительно проблема. Когда в страховой компании стабильно с 2000 года застрахованы 2–3 млн человек, это, к сожалению, расхолаживает. В ОМС нет конкуренции, как на рынке частного страхования, где вам не понравится, как сработал аварийный комиссар, и вы перешли в другую компанию.

Второе: страховые компании должны уметь оценивать потенциальный риск на-

рушений. Все крупные клиники, которые действуют в системе ОМС Москвы, делают это годами — уже более или менее понятны их сильные и слабые стороны. Зная их, страховые компании могут точно работать с этими медучреждениями или с нами, чтобы мы уже взаимодействовали с правительством города или с федеральным Минздравом с целью минимизировать количество нарушений. Нет задачи поймать, это неправильно в корне. Задача — найти слабую точку и усилить ее. К сожалению, медорганизациям проще заплатить небольшой штраф, чем начать плотнее работать со страховыми компаниями.

— Как заставить страховые компании интересоваться застрахованными?

— Вручную и разрозненно страховые компании не должны эти два направления реализовывать. Застрахованные могут менять страховщика, при этом выводы и оценки по результатам экспертиз медорганизаций должны быть доступны всем компаниям. Поэтому нужна единая информационная «экосистема» ОМС с ядром в территориальном фонде. Мы в этом году завершили создание двух мощных аналитических систем, которые позволяют обобщать данные по всему спектру оказанных медицинских услуг по конкретным заболеваниям — как амбулаторным, так и стационарным. На основании этих данных можно делать выводы о стоимости лечения конкретного застрахованного со всеми потенциальными осложнениями, оценивать маршрутизацию, преувеличенность и сроки лечения, видеть потенциально слабые стороны и отвечать на вопрос почему, например, два пациента с одинаковыми заболеваниями обошлись системе ОМС в настолько разные деньги. Кроме того, используя заданные нами алгоритмы, мы можем находить и указывать компаниям на так называемые подзвонки, которые должны войти в планы экспертиз, и оценивать работу «над ошибками» медорганизаций.

— Страховщики по-прежнему активно штрафуют медицинские учреждения за плохой почерк врачей?

— Да, и пока будут это делать. Неразборчивый почерк в медицинской документации не так уж безвреден, как говорят медики. Думаю, что дипломные работы все писали более ответственно, понимая, что от этого зависит будущая профессия. Надеюсь, что электронная медицинская карта закончит этот вечный спор.

Интервью взяла Дарья Николаева

Медполису подбирают план лечения

— **перспективы сегмента** —

Рынок добровольного медицинского страхования (ДМС) растет за счет медицинской инфляции и требования к иностранным работникам приобретать полис. Однако влияние этих факторов будет слабеть, поэтому страховщики пытаются оживить рынок внедрением телемедицины и дополнительных услуг в системе ОМС, за которые люди готовы доплачивать.

По итогам первого полугодия 2017 года сборы компаний по ДМС выросли на 7,5%, до 98 млрд руб. Рынок растет за счет удорожания медслужб и препаратов (медицинская инфляция по итогам 2016 года составила 12%, в 2017 году ожидается на уровне 11%). Увеличению сборов способствует и то, что с 2015 года иностранцы могут работать в РФ только с полисом ДМС. «Рост зарплат врачей, цен на медикаменты и оборудование вынуждает страховщиков повышать и стоимость медицинских услуг по договорам ДМС», — говорит глава департамента медстрахования «Ингосстраха» Андрей Копыток. По оценке компании, стоимость стандартной программы ДМС за 2015 и 2016 годы в Москве выросла на 6–7% и 5–6%, в регионах — на 7–8% и 6–7% соответственно. Для удержания клиентов страховщики переходят на долгосрочные контракты, фиксируют цену, меняют наполнение полисов, уровень клиник и предлагают профилактические программы.

При этом потенциал рынка ДМС страховщики считают довольно высоким. Полисы ДМС имеют пока только 17 млн человек, для расширения клиентской базы нужно развивать розничный сектор рынка. В настоящее время рынок ДМС на 90% корпоративный. Страховщики пытаются заинтересовать клиентов новыми услугами, например телемедициной. С 2018 года услуги телемедицины — дистанционный мониторинг здоровья пациента, выдача медицинских заключений, справок и рецептов в электронном виде — станут официальными: закон о такой услуге принят летом. Привлечь новых клиентов в розничный сегмент ДМС должно и включение в полис отдельных видов медстрахования, например угрожающих жизни заболеваний, включая онкологию, или программы лечения за рубежом.

От ОМС требуют эффективности Нынешней осенью призывы врачебного сообщества и Госдумы вывести страховщиков из системы ОМС и перейти к прямому финансированию медицины из бюджета стали громче. Депутаты от «Справедливой России» заявили о том, что на административные расходы страховщиков уходит 35% бюджета Федерального фонда ОМС (1,7 трлн руб. в 2017 году). О том же говорили и на ноябрьском конгрессе Национальной медицинской палаты



Платные услуги клиник фактически дублируют помощь, которую можно получить по полису ОМС

(ее возглавляет Леонид Рошаль). В ФФОМС, впрочем, париовали: все затраты на ведение дел страховщиками укладываются «в 1,5% от объема предоставляемых субвенций».

Впрочем, осадок от таких разговоров остается — клиники сетуют на то, что страховые компании «засиделись на деньгах», которые они получают от ведения дел застрахованных. Экспертное сообщество и регуляторы отрасли — ЦБ и Минздрав — все настойчивее добиваются от страховых компаний выполнения важнейшей функции — защиты прав пациентов. Для этого Минздрав в июле 2016 года ввел институт доверенных. У компаний по закону уже должны работать колл-центр и индивидуальное информирование о прохождении диспансеризации. Со следующего года начнут работать страховые представители третьего уровня — эксперты качества оказанной медпомощи. Однако, по данным ОНФ, внедрение института доверенных идет тяжело: в сентябре больше 80% граждан ничего не знали о страховых медицинских доверенных.

Чтобы страховые компании были не только проводниками денег ФФОМС в медицинские учреждения, ЦБ предлагает расширить

их функции. Регулятор в своем ноябрьском докладе о развитии медстрахования предложил дать страховым компаниям право расторгать по своей инициативе отношения с клиниками в случае низкого качества медслужб, чтобы активнее влиять на работу медорганизаций, особенно недобросовестных. Для этого, как сообщила в начале ноября руководитель ФФОМС Наталья Стадченко, фонд готовит пошаговый регламент экспертизы качества медицинской помощи. Цель — унифицировать подходы и обеспечить объективность экспертизы. Не исключено, что страховщики смогут использовать разработку ФФОМС и при экспертизе и контроле качества ДМС.

К выстраиванию страховой системы в ОМС подключился и Минздрав, но его усилия могут поставить под удар и самих страховщиков. Министерство представило осенью проект изменений типового договора о финансовом обеспечении ОМС: они дают территориальным фондам ОМС право отказываться от услуг страховых компаний, не выполняющих КРП. Но в ключевые показатели эффективности входят лишь два: объем экспертиз качества медпомощи по случаям летальных исходов, поданных на оплату в реестре счетов, и доля рассмотренных случаев лечения остро-

го коронарного синдрома и острого нарушения мозгового кровообращения, по которым проведена экспертиза качества.

Польза двух систем

В нынешней конфигурации страховой медицины в стране ДМС фактически дублирует ОМС, предоставляя клиентам разве что другой уровень клиник и сервиса. «В теории ДМС должно быть дополнением к ОМС. Но на практике в России это так не работает — это два отдельных направления», — говорит Наталья Харина, управляющий директор по ДМС группы «Ренессанс Страхование». ЦБ этой обособленностью систем недоволен — главным образом из-за того, что оплата счетов ОМС и ДМС может являться причиной роста убыточности и сказываться на стоимости страховых услуг. Для исправления ситуации регулятор предложил создать централизованную информационную базу, с помощью которой он намерен контролировать финансирование услуг по ОМС и ДМС за счет единого учета оказанной медпомощи и источников ее оплаты, а также использование средств, расходуемых на ведение дел.

Между тем Минздрав, который в 2014 году уже фиксировал в Стратегии развития здра-

воохранения РФ на 2015–2030 годы идею введения соплатежа населения за расширение ОМС дополнительными услугами (так называемой системы ОМС+), теперь включил ее и в проект Стратегии развития здравоохранения до 2025 года. В прошлый раз новация провалилась: в пяти регионах эксперимент был признан неудачным из-за узкого перечня услуг по полисам ОМС+ и отсутствия спроса у населения. Однако в новой стратегии Минздрав снова предлагает сблизить стандарты ОМС и ДМС, превратив последнее в стандартизованное дополнение к ОМС.

Эту идею Минздрава поддерживают страховщики, уверенные в том, что будущее рынка ДМС — это дополняющие ОМС продукты. «Это вполне жизнеспособная структура, когда к базовым продуктам ОМС можно приобрести за счет полиса ДМС дополнительные услуги, например отдельную палату или возможность получить помощь в частной клинике», — говорит Андрей Копыток. «ДМС и ОМС не могут существовать изолированно друг от друга. Сегодня на рынке представлено несколько категорий: это и отдельные продукты, и продукты, дополняющие ОМС, и корпоративные страховые программы. Рынок будет развиваться во всех направлениях, но в большей мере — как дополняющие ОМС сервисы», — считает Олег Меркулов. «ВТБ Страхование» как раз ориентируется на такие продукты. «К примеру, онкологические заболевания можно лечить бесплатно в рамках госгарантий, но не всегда люди знают, куда идти за медицинской помощью, или сомневаются в качестве услуг. Не во всех регионах есть необходимое оборудование. Надо ли ехать лечиться в другой регион? Как это организовать, как быть уверенным в том, что лечение подобрано персонально и в клиниках, имеющих лучшую эффективность по конкретному заболеванию? Наша программа онкострахования предусматривает очень важные дополнительные опции, которых нет в программе ОМС, но которые могут иметь критическое значение», — поясняет он. В компании перепроверяют диагноз и по результатам направляют пациента к профессионалам в области онкологии на консультацию для составления плана лечения, помогают выбрать профильную клинику и организовать лечение, оплачивают дополнительные дорогостоящие процедуры.

Усилить страховые принципы в ближайшем будущем Минздрав планирует и за счет дифференциации тарифов страховой медицины в зависимости от «профилактической активности» пациентов. В страховых компаниях согласны. «Если застрахованный занимается профилактикой своего здоровья, несомненно, это должно находить отражение в тарифе. Мы считаем этот подход правильным и будем в этом направлении развивать свои продукты», — отмечает Наталья Харина.

Дарья Николаева