



*22 января 2014 года страховые организации и коммерческие ЛПУ собрались за круглым столом для обсуждения проблем взаимодействия и улучшения качества оказываемых услуг. Организатором мероприятия выступила информационная группа «Бизнес-Сервис» («Википедия страхования»).*

Современную российскую систему здравоохранения не принято относить к прогрессивной (в сравнении с системами здравоохранения других стран), но на пути к этому статусу сделано уже немало шагов, и движение продолжается. Основными целями современной системы обязательного медицинского страхования были названы: повышение прозрачности использования финансовых ресурсов, повышение эффективности расходов, долгосрочное повышение удовлетворенности населения, повышение удовлетворенности персонала ЛПУ и его мотивация к повышению качества лечения. При достижении перечисленных целей улучшится здоровье населения и повысится привлекательность системы здравоохранения в целом для инвестиций. Об этом в своем докладе сообщил Дмитрий Кузнецов, президент Межрегионального союза медицинских страховщиков.

О драйверах роста и ограничениях развития рынка ДМС рассказал Александр Архипов, директор Центра социального страхования Института труда и страхования. Среди основных драйверов роста были названы инфляция, в т.ч. медицинских услуг, и рост ФОТ, приход в Россию международных корпораций, рост управленческого и офисного персонала в мегаполисах. Последние два фактора особенно важны, поскольку примерно 90% застрахованы по корпоративным программам (преимущественно офисные работники 25–40 лет из финансовой сферы и среднего менеджмента со средним ФОТ и хорошим состоянием здоровья). В будущем стимулировать развитие ДМС может потребность здравоохранения в дополнительном финансировании, которая видна уже сегодня, а также сохранение недовольства населения качеством медицинской помощи в системе ОМС. Тормозит развитие добровольного медицинского страхования, согласно докладу г-на Архипова, коммерциализация муниципального здравоохранения: с одной стороны, не секрет, что население платит «благодарности» врачам, с другой – отсутствует четкий перечень услуг, которые положены пациентам в рамках ОМС. Во многом услуги по ОМС и ДМС дублируются, что приводит к конкуренции между платными услугами.

Тему инфляции продолжила Жанна Барлит, старший андеррайтер ООО «СК «Райффайзен Лайф». Основной фактор повышения цен на услуги ДМС – медицинская инфляция, которая растет за счет увеличения стоимости медицинских препаратов и медицинской помощи. На текущий момент инфляция в мире составила менее 6% (за последние 6 лет это лучший показатель). В России же медицинская инфляция составляет 11,7% по состоянию на 2012 г. Для России характерна неравномерная стоимость медицинских услуг, разница особенно видна в сравнении региональных и столичных ЛПУ: цена за прием у терапевта может различаться между 157 руб. и 157 евро. Такой «драматичной» разницы в цене ДМС нет ни в одной стране мира.

Любая профессиональная деятельность имеет свою обратную сторону, не исключение и медицинская деятельность. Часто исходы лечения бывают неблагоприятными для пациента, что угрожает его жизни и здоровью. Порядок возмещения и размер вреда, причиненного жизни и здоровью, определяются рядом законодательных документов. Несмотря на то что законодательство довольно четко описывает порядок и размер возмещаемого вреда при неблагоприятных исходах лечения, в документах не содержится понятия «врачебной ошибки», что может вызвать некоторые трудности урегулирования данного события. Законопроект об обязательном страховании медицинских учреждений имеет свои недостатки, о которых рассказал на круглом столе Дмитрий Мелехин, начальник управления страхования ответственности ОСАО «Ингосстрах». Во-первых, законопроект предусматривает личное страхование пациентов, но не страхование ответственности медицинских организаций, что позволило бы пациенту получить от ЛПУ дополнительное возмещение в виде утраченного заработка или возмещение дополнительных расходов на лечение. Во-вторых, как показывает практика, в 80–85% случаев причинение вреда здоровью не связано с установлением инвалидности потерпевшего, в законопроекте же предусматриваются именно случаи инвалидности. В-третьих, Комиссия по расследованию случая причинения вреда организовывается на общественных началах, что может вызвать не совсем корректный результат. По практике урегулирования страховых случаев, которая сейчас существует в ОСАО «Ингосстрах», зафиксирован 51 страховой случай за 4 года на общую сумму порядка 20 млн руб., средний размер убытка – 400 тыс. руб., причем сейчас он имеет тенденцию к росту. При данном страховании происходит возмещение вреда жизни и здоровью, компенсация морального вреда, судебные расходы и расходы на экспертизу, как пострадавшего, так и медицинского учреждения.

Все страховщики стараются контролировать качество оказания медицинских услуг в рамках ДМС, что часто является «камнем преткновения» в работе ЛПУ и страховых компаний. Доклад о контроле страховщиком качества оказываемой медицинской помощи подготовила Татьяна Демьяненко, начальник управления контроля качества и защиты прав застрахованных ОАО «СОГАЗ». Права и обязанности страховщика и ЛПУ должны быть равны, в т.ч. у страховщика должно быть право на проведение экспертизы, целью которой является заключение договора страхования на понятных условиях, что

позволит организовывать услуги в соответствии с договором страхования: оказывать медицинскую помощь надлежащего качества в объеме программы страхования. Это поможет страховщику защитить права и интересы застрахованных лиц. По результатам экспертизы страховая компания может составить список приоритетных медицинских учреждений.

Вторую секцию открыло выступление Татьяны Кайгородовой, заместителя генерального директора ОСАО «Ингосстрах», председателя совета директоров сети клиник «Будь здоров». Выступление спикера было посвящено опыту ОСАО «Ингосстрах», которое имеет сеть клиник «Будь здоров». Наличие сети клиник позволяет страховщику контролировать уровень убыточности медицинского страхования. Убыточность в компании по ДМС сейчас составляет 77–78%. Г-жа Кайгородова рассказала о деталях открытия клиник, об особенностях работы в регионах: московский бизнес быстро стал рентабельным, а в регионах существуют трудности. При этом, по словам спикера, «Будь здоров» не дает ОСАО «Ингосстрах» скидки больше, чем 20%.

Дмитрий Пискунов, руководитель управления по работе с партнерами и медицинской экспертизе ОАО «АльфаСтрахование» выступил на круглом столе с докладом о новой концепции работы своей страховой компании с клиниками в регионах. Компания на протяжении последних лет проделала большую работу по анализу и изучению ЛПУ в регионах, сотрудники московского подразделения побывали во многих клиниках, с которыми работает страховщик (всего их около 7500 по всей России). На основе полученной картины получилось построить более эффективную работу с медицинскими учреждениями. Большую часть клиник разбили на 4 категории. Первая категория – стратегические партнеры, с которыми сложилось понимание взаимных интересов и устойчивый неформальный контакт. Вторая группа – приоритетные клиники, те, кто уже имеет определенный набор услуг и репутацию на рынке, иногда те, кто являются монополистами в городе. Входящих в третью группу можно назвать рядовыми клиниками, с которыми есть только стандартный договор и стандартные условия работы. И естественно, появились аутсайдеры, которые вошли в четвертую категорию, они составили «черный список» клиник, с которыми компания старается избегать контакта. Вопрос с «черным списком» вызвал бурную дискуссию среди собравшихся: страховщики выдвинули инициативу составить «общий черный список» клиник в регионах.

Проблемам сервиса в клиниках уделила большое внимание следующий спикер – Елена Суконникова, коммерческий директор Медико-диагностического центра «Олимп». Условия обслуживания – это один из ключевых факторов, по которым пациент предпочитает ДМС обязательному медицинскому страхованию. Как бывший страховщик, г-жа Суконникова остановилась и на тех вопросах, которые касаются взаимодействия

ЛПУ со страховой компанией: правильно выстроенные отношения только способствуют медицинскому и страховому бизнесу.

Александр Пилипчук, заместитель директора по ДМС, директор Центра организации медицинского обслуживания ОАО «СК «Альянс», рассказал участникам круглого стола об опыте компании «Альянс» по страхованию критических заболеваний в комбинации с ДМС. У всех страховщиков ДМС критические заболевания, такие как онкология, являются исключением из страховых случаев. Данную опцию компания предоставляет только корпоративным клиентам. Суть продукта заключается в оплате лечения пациента, у которого диагностировано критическое заболевание. После постановки диагноза клиенту покрывается весь перечень процедур, включая химиотерапию. Но даже после получения страховой суммы человек порой не знает, куда обратиться. Страховая компания может помочь с выбором медицинского учреждения. Выбор клиники-партнера был трудным и долгим, и в итоге был выбран один партнер – «EMC Клиника», т.к. развитие направления лечения критических заболеваний является одним из приоритетных в клинике. Страховая компания делит риски со своим партнером. В основе взаимодействия лежит принцип stop-loss. Все нозологии покрываются, и по каждой есть оценка стоимости. Продукт на российском страховом рынке является новым, он вызвал живой интерес у участников круглого стола.

Одним из основных факторов снижения качества работы ЛПУ является физическое, эмоциональное и мотивационное истощение врачей, которое является признаком эмоционального выгорания. На тему профилактики и лечения данного синдрома подготовил доклад психотерапевт Максим Пискунов. Профессиональное выгорание – это болезнь, которой в большой степени подвержены работники сферы здравоохранения. Г-н Пискунов рассказал слушателям, как именно распознать синдром профессионального выгорания, провести лечение и в дальнейшем не допустить рецидива.

Обсуждение оказалось насыщенным и продуктивным, у страховщиков и представителей ЛПУ есть темы, которые нуждаются в согласовании. Круглый стол оказался одной из немногих площадок, способных свести партнеров для улучшения взаимодействия и повышения качества оказываемых услуг.



Источник: [Википедия страхования](#) , 24.01.14