# КОНКУРИРОВАТЬ ЗА ПАЦИЕНТА

ООО СМК «АСТРА – МЕТАЛЛ» за более чем 25-летний опыт работы выстроила всю необходимую инфраструктуру для качественного обслуживания населения по ОМС. О том, как заботу и поддержку застрахованных сделать повсеместной практикой страховых медорганизаций, рассуждает генеральный директор компании Антон Панов в интервью нашему журналу.

**Современные страховые технологии: В каких регионах живут ваши застрахованные?**

**Антон Панов**: По обязательному медицинскому страхованию мы работаем на территории Челябинской области и Республики Башкортостан — это более 1,5 млн человек застрахованного населения. По добровольному медицинскому страхованию лицензия позволяет нам работать на территории всей Российской Федерации.

**ССТ: Сейчас человек сам может выбирать страховую компанию, в которой он хочет обслуживаться. Повышение качества обслуживания, забота о клиенте позволяют успешно конкурировать?**

**А. П.**: Безусловно, это, прежде всего, внимание и необходимая поддержка застрахованных. Если человеку вовремя ставят диагноз и оказывают лечение, то мы получаем меньше тяжелых и хронических случаев, более здоровое население и

лояльность клиентов. Внимание к человеку особенно важно при ограниченном выборе медицинских организаций.

Такого уровня обслуживание возможно только при хорошо организованных связях с медицинскими организациями, с застрахованными, слаженной работе страховых представителей всех трех уровней.

Без сомнения, положительный опыт работы в сфере ОМС был бы невозможен без взаимодействия с ТФОМС Челябинской области и Республики Башкортостан, руководство которых всегда открыто для сотрудничества, решения возникающих текущих вопросов, реализации инициатив, направленных на выполнение функциональных обязанностей страховщика и защиту прав застрахованных граждан.

**Антон Панов**

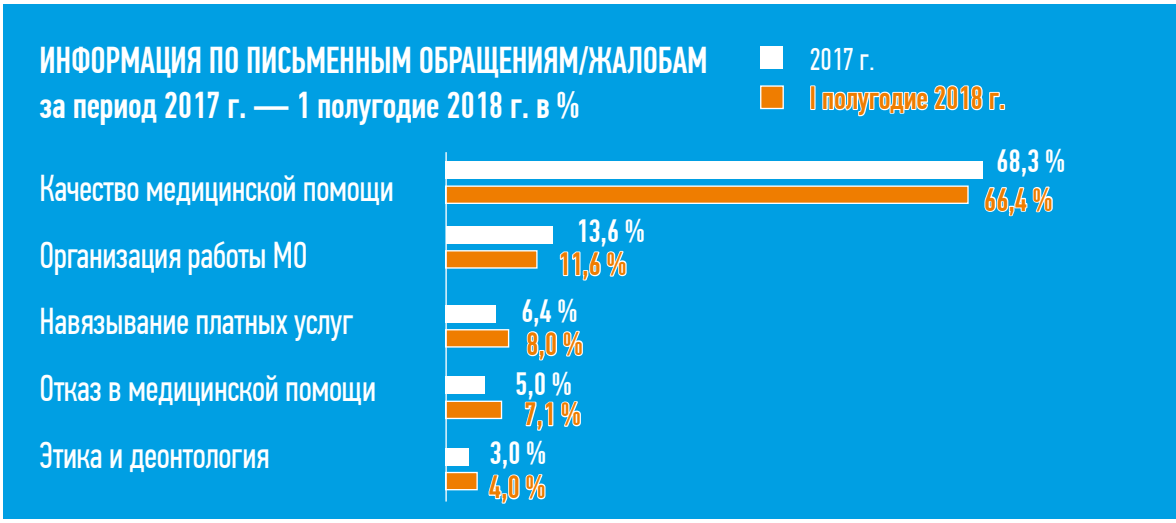
*Генеральный директор ООО СМК «АСТРА – МЕТАЛЛ»*

**ССТ: К системе ОМС сейчас есть много претензий. Каким образом она должна трансформироваться, чтобы обеспечить простое и качественное получение медуслуг для населения?**

**А. П.**: Необходимо усиливать конкуренцию лечебных учреждений за пациента. В модели, основанной на классических страховых принципах, о которой сейчас говорит Всероссийский союз страховщиков, это предусматривается. Конкуренция может достигаться, например, через рейтингование клиник, через более пристальное внимание СМО к деятельности медицинских организаций: проведение экспертной работы, выявление дефектов, работа с жалобами населения — вплоть до решения о том, заключать с этой медорганизацией договор на обслуживание застрахованных или нет. Всероссийский союз страховщиков (ВСС) представил «дорожную карту» по переводу системы ОМС на модель, о которой упоминалось выше. Концепция обсуждалась совместно с медиками и пациентами. Разработчиков карты поддержали сотрудники Минздрава, Совета Федерации и Администрации Президента РФ. Так, например, с 2020 по 2022 годы, кроме проведения пилотов страховой модели ОМС, предусматривается принятие закона о страховании ответственности медработников, изменение системы оплаты их труда с учетом результатов лечения и внедрение системы лекарственного страхования. В 2020 году планируется запустить федеральную программу по пропаганде здорового образа жизни. Чтобы увязать объемы дорогостоящей высокотехнологичной помощи с заботой граждан о своем здоровье, предлагается обновить методики расчета дифференцированного подушевого норматива в ОМС. В 2025 году предлагается оценить результаты и распространить опыт на всю систему ОМС. Считаю, что указанный комплекс мер позволит обеспечить качественное оказание медицинской помощи и повышение качества жизни застрахованных лиц.

**ССТ: Кто сейчас принимает решение о заключении договора с медучреждениями?**

**А. П.**: Страховая компания в настоящее время обязана заключить договор со всеми медучреждениями, которые находятся в системе ОМС региона. При этом медицинские организации включаются в систему




ОМС в заявительном порядке. Нормативно мы сейчас не определяем маршрутизацию пациента. Страховщики только по итогам диспансеризации, в рамках работы страхового представителя 3-го уровня, сопровождают этого человека, информируют о необходимости посещения того или иного специалиста.

В маршрутизации есть определенная грань: вмешательство в лечебный процесс или рекомендации для лучшего выбора. Я вижу функцию страховой компании именно в рекомендациях, а человек сам должен выбирать, где он хочет лечиться внутри системы ОМС.

Сейчас, если к нам обращается человек и говорит, что не может попасть к специалисту или слишком долго ждет обследования, мы выходим на клинику, работаем с руководством, помогаем ускорить процесс получения медпомощи. Я считаю, что это неправильно. Невозможно со всеми недоработками разбираться в «ручном режиме» — должна быть выстроенная система. Для этого нужен аудит «первоначального опыта», вычленение и анализ типовых нарушений и выработка алгоритма наилучшего реагирования на них.

**ССТ: Может быть, имеет смысл передать полномочия по выбору клиники для оказания той или иной медицинской услуги страховщику?**

**А. П.**: У меня нет однозначного ответа. Грань, которую нельзя переходить — недопустимость вмешательства страховой компании в лечебный процесс. Назначения должен делать врач, а консультативная и организационная функция, учитывающая мнение пациента, должна оставаться в рамках деятельности страховых представителей.

**ССТ: Каким образом вы изучаете жалобы пациентов?**

**А. П.**: При сборе и анализе жалоб нужно использовать только объективные показатели, исключить влияние человеческого фактора, обиды или злоупотребление правом. Например, в рамках проекта «Открытая поликлиника» мы анкетируем людей в медицинских организациях по качеству обслуживания и условиям оказания медпомощи.

Когда собрана и проанализирована статистика, становится ясно, что и как улучшать, с кем выстраивать диалог.

**ССТ: Много жалоб на МО вызвано навязыванием платных услуг. При этом руководители клиник обосновывают необходимость платных услуг тем, что без**

Чтобы менять ситуацию к лучшему, нужно — и это в том числе задача страховщиков — рассказывать про лучший опыт, про новые технологии, про стандарты работы.

**них невозможно обеспечить нормальную зарплату врачей. Можно ли избежать навязывания?**

**А. П.**: У нас навязывание платных услуг составляет 5–10 % от всех жалоб со стороны пациентов. В основном это направления на лабораторные анализы или диагностические исследования. Жалобы на навязывание платных услуг как таковых единичны. Возможно, человек просто молча соглашается и, чтобы его вылечили, платит врачу в той или иной форме.

Чтобы минимизировать риск развития подобных ситуаций, по моему мнению, нужно создать эффективно работающую систему межклинических или внутриклинических центров диагностической, лабораторной помощи. Чтобы туда можно было направлять пациентов при отсутствии возможности у клиники провести эти исследования своими силами в необходимые сроки.

**ССТ: То есть, проблема нехватки ресурсов, на которые ссылаются клиники, бывают связаны с неэффективным ведением хозяйственной деятельности?**

**А. П.**: Если система мотивации врачей неправильная, то это отражается на качестве работы поликлиники в целом. Скажем, заработную плату врачам повышают, но высокая средняя зарплата в конкретной медорганизации не означает, что она высокая у всего персонала. Например, если есть группа врачей с очень высокими зарплатами и персонал с уровнем зарплат ниже средних, то такой персонал, чтобы больше заработать, начинает или навязывать платные услуги, или уделять мало времени пациентам, чтобы пропустить больше больных, или ищет подработку на стороне, опять-таки снижая качество обслуживания по основному месту работы.

Есть еще целый пласт проблем, связанный с теневой оплатой услуг врачей. Эту проблему невозможно решить быстро, но необходимо планомерно вести профилактику и разъяснять как гражданам их права, так и врачам — меру ответственности за принятие подобной «благодарности за работу». Здесь также сыграет свою роль информационная поддержка и контроль качества обслуживания пациентов со стороны страховых компаний.

**ССТ: Должен ли врач нести ответственность за ошибки? Нужно ли внедрять страхование профессиональной ответственности врачей как источник финансирования выплаты компенсаций пострадавшим?**

**А. П.**: Безусловно, врач должен нести ответственность за результаты своей работы. Но при этом мировой опыт показывает эффективность страхования профессиональной деятельности медработника (врача, медсестры) или вреда, полученного пациентом в процессе получения медицинской помощи. Именно поэтому внедрение механизма компенсации подобного вреда является составной частью дорожной карты, о которой мы говорили раньше. Стоит помнить, что врача принимает на работу медицинская организация, поэтому она может быть страхователем своего сотрудника и, соответственно, при таком варианте служить источником финансирования системы страховой защиты для пациентов. После осуществления выплаты у медицинской организации остается право выяснить (в том числе — в судебном порядке), что послужило причиной причинения вреда: некомпетентность врача, слабость диагностической базы, сложный в диагностике случай или что-то иное.