



ЕДИНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ КОНТУР

В расстановке сил на рынке обязательного и добровольного медицинского страхования наиболее мотивированы к обеспечению и защите прав застрахованных — страховые компании. Но им не всегда хватает инструментов, и потому важно включить страховые медицинские организации в контур Единой государственной информационной системы здравоохранения. Так считает исполнительный директор по урегулированию убытков личного страхования АО «СОГАЗ» Татьяна Тамгина.

Современные страховые технологии: Какие цифровые трансформации происходят в сфере личного страхования, в том числе в ДМС и ОМС?

Татьяна Тамгина: Пандемия коронавируса подтолкнула бизнес к ускоренному внедрению новых идей. На рынке форми-

руются полноценные продукты цифрового взаимодействия с застрахованным от момента получения полиса через личный кабинет до страховой выплаты.

В рамках добровольного медицинского страхования у нас оцифрована практически вся сервисная составляющая: личные

кабинеты, онлайн-запись в поликлинику, чат с представителем страховой компании и врачом-куратором и т. д. — это уже привычный набор для клиента. Сейчас «СОГАЗ» готовит проект по урегулированию убытков через личный кабинет по многим видам страхования. Если наш клиент идентифицируется через портал Госуслуги и приложит копии документов, мы можем регулировать убыток в дистанционном формате.

Трансформация затронула многие внутренние процессы компании. У нас внедряются проекты с использованием искусственного интеллекта, особенно в медицинской экспертизе. Два года назад мы запустили первый пилот, и сейчас активно расширяем возможности работы в этом направлении. Вы представляете, какое огромное количество счетов от самых разных медицинских учреждений поступает в нашу компанию? Вначале они проходят через определенную интеллектуальную систему, которая выявляет ошибки, некорректные записи, необоснованные выплаты по нестраховым событиям и т. д.

Сейчас мы планируем запустить программу «Антифрод-2», которая дает возможность чтения и распознавания текста, может проводить экспертизу на соответствие клиническим рекомендациям и стандартам лечения. Машинная обработка большого объема документов позволит эффективно работать с вопросами, напрямую связанными с качеством оказания медицинской помощи, в том числе выявлять нарушения последовательности и полноты необходимых услуг для правильной постановки диагноза, контролировать использование безопасных методов лечения, а также пресекать ситуации с нестраховыми и необоснованными выплатами.

ССТ: Каждое лечебное учреждение имеет свою информационную систему. Как вы обрабатываете столько разных форматов документов?



Татьяна Тамгина

Исполнительный директор по урегулированию убытков личного страхования АО «СОГАЗ»

Т. Т.: Единого формата для медицинских учреждений в рамках ДМС не существует, и в этом — отличие от обязательного медицинского страхования, где все счета выставляются в одинаковом формате. Но наша внутренняя система позволяет принимать в базу данных абсолютно любой файл.

ССТ: Окупаются ли ваши разработки?

Т. Т.: Прежде чем принять решение о внедрении того или иного ПО, мы рассчитываем экономическую целесообразность. Разработки, о которых я рассказала, себя уже оправдали. Наша система позволяет нам выявлять системные ошибки, своевременно проводить разъяснительную работу с ЛПУ, которые в свою очередь часто нам говорят спасибо за указание на проблемы, которые позволяют повысить качество их работы.

Мы стремимся обеспечить справедливую цену на медицинскую помощь высокого качества — этого ждут от нас страхователи. Поэтому мы должны контролировать выплаты и соотносить их с конкретной программой, которая есть у того или иного корпоративного клиента.

Перспективная сфера применения искусственного интеллекта — андеррайтинг в ДМС. В 2020 году мы активно использовали наше решение, которое позволяет обрабатывать заявки на заключение договора страхования от корпоративных клиентов. Основываясь на наших массивах данных, робот прогнозирует, куда пойдут лечиться сотрудники данного предприятия, предлагает лечебные учреждения и сетевые клиники в шаговой доступности от офисов клиента, рассчитывает «обращаемость» в зависимости от отрасли и половозрастного состава работников. Искусственный интеллект использует весь накопленный опыт нашего портфеля и разрабатывает проект коммерческого предложения для нового клиента, помогая избежать ошибок.

ССТ: Вы всегда применяете только собственные разработки?

Т. Т.: В нашей ситуации это оправдано. Во-первых, наши разработки уникальны, они содержат очень много внутренней экспертизы. Таких готовых решений на рынке просто нет. Во-вторых, такого портфеля, как у «СОГАЗ», тоже больше ни у кого нет. К тому же, при внешней разработке возникают риски утечки данных, поэтому все подобные модули мы оставляем внутри нашего контура.

ССТ: Повлияла ли цифровизация на состав линейки продуктов «СОГАЗ»?

Т. Т.: Да, продукты изменились. У нас появилась возможность шире использовать дистанционное обслуживание, предлагать телемедицину. Дистанционные сервисы позволяют правильно и быстро маршрутизировать пациентов, повышать

клиентскую ценность и достаточно гибко помогать пользоваться своим страхованием.

«СОГАЗ», который ранее всегда специализировался на обслуживании корпоративных клиентов, запустил линейку розничных продуктов. В них мы большое внимание уделяем франшизе. Урегулирование убытка происходит с привязкой к банковской карте, и эта возможность позитивно воспринимается клиентами.

ССТ: Есть мнение, что клиенты сложно воспринимают франшизу. Как организована оплата медицинских услуг с франшизой у вас?

Т. Т.: С точки зрения физических лиц франшиза воспринимается как необходимая данность — чтобы вообще получить ДМС.

Страховщик стоит между двумя юридическими лицами — своим клиентом, с одной стороны, и медицинским учреждением — с другой. У них разные интересы: медицинские учреждения хотят больше зарабатывать, а предприятие — меньше платить за медицинское страхование своих сотрудников. Сбалансировать интересы страхователя и медицинского учреждения помогает разумное потребительское поведение. Когда люди, хоть минимально, но участвуют в оплате получаемых услуг, они более рачительно и вдумчиво относятся к своим потребностям в дополнительных анализах и исследованиях. Вообще, оплата медицинской помощи повышает ответственность человека за свое здоровье.

Пока наша культура страхования такова, что застрахованный старается получить максимальное количество доступной ему медицинской помощи, не задумываясь о том, действительно ли она нужна. Если продавать продукты для физических лиц без каких-либо «контролирующих опций», они получают антиселективными, то есть слишком дорогими. Именно поэтому рынок ДМС для

физических лиц сильно не растет, хотя потребность в полисах у людей есть.

Да, 2020 год был сложным, но мы полностью удовлетворены тем, как стартовали продажи наших новых продуктов.

ССТ: Какие планы на этот год?

Т. Т.: Мы продолжим совершенствовать все свои системы. У нас запланирована полная трансформация нашего мобильного приложения. Мы будем развивать свою телемедицинскую платформу. Мы собираемся активно запускать профилактические продукты и программы.

ССТ: Какие задачи вы ставите перед собой в обязательном медицинском страховании?

Т. Т.: Масштабы добровольного и обязательного медицинского страхования не сопоставимы. По ОМС застраховано порядка 145 млн человек, из которых более 43 млн — Страховой группой «СОГАЗ». Огромный массив информации собирается из всех регионов присутствия «СОГАЗ-Мед» и хранится в едином централизованном хранилище медицинских услуг. Такой базой данных с персонализированным учетом медицинской помощи не располагает ни одна компания в РФ.

Информационная система «СОГАЗ-Мед» построена по принципам сервис-ориентированной архитектуры, а реализованные в ней универсальные сервисы позволяют выполнять обработку данных с очень высокой производительностью. У нас есть возможность загружать и проводить форматно-логический контроль около 10 тыс. счетов или примерно 3,1 млн случаев лечения в час. Данные по среднестатистическому российскому региону с примерно миллионом жителей могут быть обработаны за полчаса. Жаль, конечно, что в новых условиях он будет востребован в меньшей степени.

В наших интересах построить работу так, чтобы обмен информацией с ме-



СТРАХОВАНИЕ ПО ОМС

- **145 млн** человек застраховано
- **43 млн** человек — Страховой группой «СОГАЗ»
- **9,6 тыс.** медицинских организаций РФ оказывают услуги по ОМС

В 2020 ГОДУ В «СОГАЗ-МЕД» ОБРАБОТАЛИ

- **1,8 млн** счетов
- **559 млн** законченных случаев лечения
- **879 млн** оказанных медицинских услуг в отношении
- **37,5 млн** пациентов

дицинскими организациями и территориальными фондами ОМС проходил быстро, ритмично и стандартизировано. Это гарантирует максимально быстрое поступление денег в медицинские орга-

низации за оказанный объем медицинской помощи. Такие огромные массивы персонализированных данных о самих застрахованных и полученных ими медицинских услугах, безусловно, требуют высокой степени защищенности. Поэтому в системе ОМС применяются самые высокие уровни обеспечения безопасности хранения и передачи данных.

ССТ: Каким образом обеспечивается единый стандарт обмена данными?

Т. Т.: Это основная проблема системы ОМС. На каждой территории РФ присутствует собственный стандарт информационного обмена, несмотря на существующие нормативные правовые акты, четко регламентирующие форматы и порядок взаимодействия. Свои разнообразные информационные системы есть в каждой медицинской организации, ТФОМС, страховых компаниях. Обмен информацией между субъектами ОМС зачастую происходит в пакетном режиме, что уже является морально устаревшей моделью. Внесение последних изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» вызвало еще большую разнородность в процессах обработки информации, т. к. некоторые территориальные фонды оказались не готовы взять на себя необходимый функционал по проведению медико-экономического контроля, ряд нормативно-правовых актов до сих пор не адаптирован к изменившемуся законодательству.

На уровне Правительства РФ процессам цифровизации уделяют особое внимание. До конца текущего года должна быть создана государственная интегрированная информационная система в сфере ОМС (ГИИС ОМС), организовано ее информационное взаимодействие с единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения. Для этого из федерального бюджета направляется в бюджет ФФОМС 1,8 млрд рублей.

Страховые медицинские организации выражают свою заинтересованность и демонстрируют свои компетенции, в т. ч. передовые разработки, прошедшие успешное тестирование в ДМС, чтобы стать полноценными партнерами Федерального фонда при построении этой важнейшей интегрированной информационной системы.

Интеграция этих систем позволит объединить всё в едином контуре: первичную информацию из реестров документов регионального уровня, информирование застрахованных, оплату реестров счетов, акты экспертизы, обращения граждан. Это повысит прозрачность финансовых потоков в сфере здравоохранения, эффективность контроля качества медицинской помощи и своевременность ее оказания, а также усилит защиту прав и интересов застрахованных. Важно обеспечить доступ страховых медицинских организаций к этой информации.

Иные участники системы здравоохранения смогут получить доступ к контрольным и экспертным материалам этих организаций, что также будет способствовать качеству учета, планирования, распределения медицинской помощи и необходимых ресурсов, а также даст органам управления здравоохранением и самим медицинским организациям удобный инструмент для аналитической работы по устранению недостатков в оказании медицинской помощи.

ССТ: Почему это так важно и зачем нужно?

Т. Т.: Одна из важнейших задач СМО — защита прав застрахованных в сфере ОМС. Создание единого информационного поля здравоохранения, в том числе ОМС, поможет нам более оперативно действовать в их интересах. Когда к нам обращаются за защитой прав, нам важно иметь возможность быстро получить медицинскую документацию в электронном виде, не отвлекая врачей запросами, оперативно разобраться в проблемах и помочь человеку. К тому же, это даст нам все преимущества цифровизации: снижение издержек за счет отсутствия необходимости командировок, возможность проведения экспертизы с привлечением более широкого круга экспертов, исключит бумажный документооборот.

ССТ: Есть успешные кейсы информационного обмена?

Т. Т.: У нас есть несколько проектов, в которых мы активно сотрудничаем с территориальными фондами и пытаемся внедрить электронный документооборот. Сотрудничество лучше складывается там, где руководители региона понимают перспективность цифровых технологий, например, в Свердловской и Оренбургской областях. Мы сейчас активно работаем, чтобы продвинуться в направлении получения СЭМД и цифровизации процесса проведения экспертизы. Задача решается на федеральном уровне и это важно не только для нашей компании, но и для всей сферы обязательного медицинского страхования.

ССТ: Эта цель может быть достигнута уже в этом году?

Т. Т.: Эта задача уже есть в планах правительства, она обеспечена финансированием. Но прогнозировать, как быстро будет создана единая информационная система ОМС, интегрированная с единым цифровым контуром здравоохранения, достаточно сложно.

ССТ: Достаточным было информационное взаимодействие в системе ОМС в 2020 году, в условиях пандемии?

Т. Т.: Для нас 2020 год был крайне тяжелым. Оказание медицинской помощи по COVID-19, в том числе тестирование на выявление этой инфекции, включено в программу ОМС. Все счета по оказанию медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией пошли через медицинских страховщиков. Именно организация помощи населению в условиях пандемии, проблемы, которые проявились в статистике — все это еще больше укрепило нас в понимании, что в здравоохранении должен быть единый информационный контур.

Экономический, лечебный и сервисный блок для пациентов должны находиться в едином цифровом пространстве, чтобы было больше возможностей для аналитики, экспертизы, статистики, принятия управленческих решений, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи для застрахованных, на уровне медицинской организации, на уровне органов управления здравоохранением.

Над задачей создания ГИИС ОМС работает Федеральный фонд обязательного медицинского страхования — соответствующие изменения в законодательство уже внесены. Насколько эффективной будет система, покажет время. Но страховые медицинские организации выражают свою заинтересованность и демонстрируют свои компетенции, в том числе передовые разработки, прошедшие успешное тестирование в ДМС, чтобы стать полноценными партнерами Федерального фонда при построении этой важнейшей интегрированной информационной системы. Мы очень ждем от Федерального фонда включения страховщиков в эту работу.