

В отсутствии единого классификатора медицинских услуг – бои без правил

ЗАО Медиа-Информационная группа «Страхование сегодня» и ЗАО «Мастер-центр «Страхование» провели круглый стол под названием «ДМС. Проблемы. Пути развития. Консолидация усилий». Предлагаем вниманию читателей обзор наиболее интересных и ярких мнений, прозвучавших на мероприятии.

Кризисные тренды

Хотя демпинг уже стал одной из недобрых традиций страхового рынка, во время кризиса в сегменте ДМС он был отмечен рядом новых тенденций.

На фоне сокращения страхователями бюджетов и персонала наиболее значимые игроки рынка ДМС планировали увеличить свою долю и ради этого неоправданно снижали тарифы. В результате, как сообщила Татьяна Кайгородова, член Правления ОСАО «Ингосстрах», начальник Управления прямых инвестиций, в конце 2008 и начале 2009 года крупные страховщики заключали договоры по ДМС, отдавая себе отчет в том, что убыточность по ним составит от 95 до 105%. При этом они не учли несколько тенденций, кото-

рые ярко проявились во время кризиса.

Первая тенденция заключается в значительном (в полтора раза) росте количества обращений в лечебные учреждения. Это произошло по причинам как объективного, так и субъективного характера. С одной стороны, люди действительно стали больше болеть из-за нервных перегрузок, возникших по причине кризиса. С другой – они реализовывали отложенный спрос в лечении, боясь потерять работу, а вместе с ней и полис ДМС.

Вторая тенденция отражает рост тарифов на медицинские услуги из-за повышения зарплаты врачей. В среднем годовое повышение тарифов укладывается в интервал от 10% до 100%, но некоторые клиники ежеквартально

повышали все позиции своего прейскуранта на 50%. Третья тенденция касается превышения объемов услуг, оговоренных в полисах ДМС. С началом кризиса страховщики стали более жестко контролировать оказание медицинских услуг, не входящих в страховые программы. В то же время в ряде клиник (особенно сетевых) была дана установка на максимальное увеличение объема медицинских услуг, не подпадающих под категорию страхового случая. В результате объем фактически оказанных услуг превысил объем, предусмотренный договорами, почти вдвое.

Кризисные тренды рынка ДМС, а также заключение договоров по демпинговым ценам спровоцировали колоссальный рост убыточности в этом сегменте. В результате чего, по мнению Татьяны Кайгородовой, практически все крупные страховщики вынуждены были повысить цены на полисы ДМС в полтора, два, два с половиной и даже в три раза.

Для клиентов это было полной неожиданностью, тем более что и в 2008, и в 2009 годах цены оставались неизменными, а в некоторых договорах по ДМС даже содержались обязательства не повышать цену больше, чем на 10%. Однако в начале 2010 года, по наблюдению Татьяны

Кайгородовой, крупные страховщики на тендерах и конкурсах уже работали в одном и том же ценовом сегменте. Но и тут не обошлось без демпинга: компании среднего калибра устанавливали цены в 2-3 раза ниже, чем лидеры рынка.

Прогнозируя дальнейшее развитие событий, Татьяна Кайгородова отмечает

- сокращение рынка ДМС в 2010 году примерно на 15%
- сужение страховых программ



- реализацию страховыми компаниями жестких мер по контролю убыточности
- возможный передел рынка ДМС (что приведет к дополнительным тратам для налаживания обслуживания крупных клиентов, которых получают демпингующие страховые компании)
- уход с рынка демпингующих страховщиков, которые не смогут выполнять свои обязательства.

Почему страховщикам сложно контролировать медиков

Главную сложность при построении отношений с лечебными учреждениями страховщики видят в отсутствии единого классификатора медицинских услуг для системы ДМС, хотя для системы ОМС такие классификаторы существуют – правда, для каждого региона свой.

Отсутствие стандартов создает страховщикам ряд серьезных проблем и одновременно предоставляет клиникам преимущества при получении комиссионных.

Первое преимущество заключается в возможностях завышения объемов оказанных медицинских услуг благодаря свободной трактовке их содержания. Один из проверенных приемов, которые применяют клиники при взаимодействии со

страховщиками в сегменте ДМС, заключается в наполнении сложных услуг простыми, в результате чего консультация, скажем, окулиста, описывается внушительным списком мелких исследований и манипуляций, а его стоимость в разы отличается от заявленной в прейскуранте.

Второе преимущество, которое получают лечебные учреждения благодаря отсутствию единого классификатора, – это возможность диктовать свои цены на услуги. Более того, самые «находчивые» ЛПУ даже предлагают страховщикам собственные программы медицинского страхования. Однако, отмечает Татьяна Садковская, заместитель генерального директора ЗАО МАКС, директор Дирекции ДМС, у медицинских учреждений нет лицензии на осуществление страховой деятельности, значит, они не в праве выступать в качестве одной из сторон страхования, а вправе только исполнять заказ, полученный от страховщика.

Однако зачастую клиники не хотят ограничиваться этой ролью, а работают по принципу оказания максимально возможного объема услуг на имеющейся лечебной базе. Как это происходит, всем хорошо известно. Сидит пациент в очереди, ожидая приема, например, кардиолога. Мимо идет медсестра другого врача, допустим, гастроэнтеролога

и говорит примерно следующее: «Что-то вы у нас давно не были. Пора бы вам к нам заглянуть».

И в большинстве случаев застрахованный реагирует на приглашение положительно, тем самым помогая клинике увеличить объем оказанных услуг. При этом нельзя быть уверенными, что перечень медицинских манипуляций останется в рамках страховой программы.

Самый широкий простор для приписок и выхода за рамки границ страховой программы представляют собой, конечно же, наиболее затратные виды медицинской помощи (стоматология, физиотерапия, мануальная терапия, массаж), поскольку нормы времени и трудозатрат на них существуют только в устаревшем виде. Татьяна Виноходова, начальник отдела медико-экономической экспертизы Департамента регулирования убытков по медицинскому страхованию ОАО СК РОСНО, приводит два примера, демонстрирующих возможности, которые открываются благодаря устаревшим стандартам.

Первый – история, когда в одной клинике согласно договору, стоматолог должен был тратить на каждого пациента не больше 25 у.е, но, судя по выставленным счетам, тратил по 80 -160. Оспорить объем заявленных в счетах медицинских услуг было невозможно, пока всем страховым

компаниям, которые заключили договоры ДМС с этой же клиникой, не удалось объединиться для контроля стоматологического отделения. Тут-то и выяснилось, что если верить счетам, выставленным всем страховым партнерам клиники, за одну смену один врач выполняет объем работ, который возможно выполнить только за неделю.

Второй пример касается назначений физиотерапии – до 10-12 наименований разных процедур каждому застрахованному, при том, что любой из назначенных курсов включает по 10-20 сеансов.



Однако для проверки обоснованности объема назначенных услуг, с точки зрения Татьяны Виноходовой, времени у страховой компании практически нет, потому что согласно договорам, на оплату выставленных счетов отводится 5-10 дней с момента их получения, а у каждой клиники свой преискурант и свой классификатор медицинских услуг. Проверять большое количество счетов за ограниченный промежуток времени приходится при минимальной автоматизации (используя программы уровня Exel), а, учитывая разношерстность классификаторов и преискурантов медицинских услуг, автоматизировать процесс не представляется возможным. По той же самой причине (разномастности классификаторов) страховщики не могут создать

унифицированную методику расчета тарифов, что опять же открывает широкие возможности наполнения сложной услуги простыми.

Еще один минус в работе страховщиков по ДМС из числа возникающих по причине отсутствия единообразия в названии медицинских услуг и их толковании – это проблемы при разработке страховых программ. Нередко клиенты хотят получить программу медицинской помощи, которой можно пользоваться в разных клиниках. Но из-за разных названий и трактовки одних и тех же медицинских услуг разработать такую программу довольно сложно. Не менее сложно в таких условиях и производить анализ экономической эффективности медицинской помощи, считает Татьяна Виноходова.



Проблемы проведения вневедомственной экспертизы

В законе «О медицинском страховании граждан РФ» оговорена обязанность страховых компаний контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, а также защищать интересы застрахованных как по ОМС, так и по ДМС. Однако проведение вневедомственной экспертизы наталкивается на ряд сложностей, которые возникают прежде всего из-за отсутствия соответствующей нормативно-правовой базы. Правда, на уровне федерального и территориальных фондов ОМС, отметила Татьяна Виноходова, такие нормативные документы существуют и перекликаются с нормативными документами Минздрава и Росздравнадзора, но там нет прямых указаний на возможность их применения для ДМС – хотя можно выделить довольно внушительный список совпадающих медицинских услуг по ОМС и ДМС.

Следующая проблема проведения вневедомственной экспертизы заключается в отсутствии нормативов, определяющих статус страховых врачей-экспертов по ДМС. В перечне должностей Минздрава такой специальности нет. Соответственно, и сертифицировать ее невозможно. Кроме того, нет регламента контроля и надзора за

качеством медицинской помощи, оказанной в рамках ДМС, со стороны органов управления здравоохранением. В результате страховщики не могут себе позволить привлечь независимых экспертов из Министерства здравоохранения и социального развития для разрешения конфликтов с ЛПУ по добровольному медицинскому страхованию, поскольку в компетенции министерства входит только регулирование системы медицинского обслуживания в рамках ОМС.

Пути решения проблем

Собравшиеся за круглым столом страховщики были едины во мнении, что для успешной работы по ДМС необходим документ, который позволил бы в едином ключе квалифицировать медицинские услуги разных клиник и создавать стандартизированные преискуранты. Свои главные надежды они возлагают на организацию взаимодействия с органами управления и надзора в страховании. Кроме этого, многие предлагают объединить усилия по вопросам экспертизы на базе существующих объединений медицинских страховых компаний и организовать некоммерческое партнерство для решения общих вопросов по экспертизе в ДМС.

Елена Шарова

Как определить, какую сумму можно хранить в сейфе?

Каждый сейф имеет свою устойчивость к взлому, поэтому суммы, которые можно в нем хранить, определяются не только конструкцией, но и наличием охраны и сигнализации. Какие параметры определяют надежность сейфа и какие организации могут адекватно ее оценить?

В настоящее время существует два основных регулятора рынка сейфов: это формальный регулятор в лице Центрального банка Российской Федерации и неформальный регулятор – возмущенные владельцы взломанных сейфов. Почему так происходит?

С одной стороны, Центральный банк обязывает оборудовать банковские отделения сейфами определенных классов устойчивости к взлому, однако зачастую сертификаты, выданные на эти сейфы, не отвечают реальным защитным свойствам. Вот и появляется второй фактор в лице возмущенных владельцев сейфов, вскрытых злоумышленниками.

Выход из подобного противоречия давно апробирован в мировой практике – основным регулятором рынка там являются страховые компании, которые могут адекватно оценить устойчивость сейфа к взлому.

Необходимый класс защиты сейфа обеспечивается его конструкцией, а сами классы регламентируются в России таким документом, как ГОСТ Р 50862. В банковской сфере в основном используются сейфы от I до V классов. Сертификаты соответствия выдаются органами по сертификации на основе резуль-

татов испытаний по замеру времени, необходимому для вскрытия сейфа при помощи специальных инструментов. ГОСТ Р 50862 был разработан в середине 90-х годов на основе действовавших в то время европейских норм. С тех пор европейское законодательство в рамках ЕС значительно расширилось и ушло вперед. Однако отечественный ГОСТ за прошедшие годы только ухудшился. Кстати, европейские стандарты EN 1143-1, EN 1143-2 сейчас доступны и для нас, их официальные переводы можно найти в базе Ростехрегулирования.

Но, к сожалению, если сравнить два сейфа, сертифицированные на один и тот же класс устойчивости к взлому в России и в Европе, то их надежность будет сильно отличаться. Причина этого кроется не только в несопадении российского и европейского стандартов, но и в самой организации сертификации в России.

В большинстве Европейских стран существует всего одна национальная лаборатория и общеевропейский орган по сертификации ЕСВ-S. В России ситуация в принципе иная – у нас работают более 30 органов по сертификации, что в значительной мере превыша

Ассоциация производителей сейфов Российской Федерации рекомендует следующие максимальные суммы для хранения и страхования в сейфах, сертифицированных на устойчивость к взлому:

Максимальные суммы для хранения и страхования в сейфах, в тыс. руб.								
Сейфы, сертифицированные по стандартам EN 1143-1, EN 14 450 орган по сертификации ECB-S, Германия								
Место установки сейфа	Классы устойчивости к взлому							
	EN 14450		EN 1143-1					
	S1	S2	0	1	2	3	4	5
Жилые помещения, оборудованные охранной сигнализацией	200	800	3000	5000	8000	16 000	32 000	64 000
Жилые помещения, не оборудованные охранной сигнализацией	200	400	1500	2500	4000	8000	16 000	32 000
Банки, оборудованные охранной сигнализацией и имеющие физическую охрану	-	-	-	10 000	16 000	32 000	64 000	не огр.
Коммерческие/производственные помещения, оборудованные охранной сигнализацией или имеющие физическую охрану	-	-	800	1600	4000	8000	16 000	32 000
Коммерческие/производственные помещения, не оборудованные охранной сигнализацией или имеющие физическую охрану	-	-	400	800	2000	4000	8000	16 000
Сейфы, сертифицированные по стандарту ГОСТ Р 50862, рекомендованными Ассоциацией органами по сертификации: ОС СЗБ «НЕВА», аттестат аккредитации № РОСС RU.0001.11С318 ОС «Вымпел-Тест», аттестат аккредитации № РОСС RU.0001.11С316 ОС «Центр СБО», аттестат аккредитации № РОСС RU.0001.11С312 ООО «Научно-испытательный центр безопасности», аттестат аккредитации № РОСС RU.0001.11СП21								
		НО	0	1	2	3	4	5
Жилые помещения, оборудованные охранной сигнализацией		50	200	3000	5000	8000	16 000	32 000
Жилые помещения, не оборудованные охранной сигнализацией		-	50	1500	2500	4000	8000	16 000
Банки, оборудованные охранной сигнализацией и имеющие физическую охрану		-	-	6000	10 000	16 000	32 000	64 000
Коммерческие/производственные помещения, оборудованные охранной сигнализацией или имеющие физическую охрану		-	-	800	1600	4000	8000	16 000
Коммерческие/производственные помещения, не оборудованные охранной сигнализацией и не имеющие физическую охрану		-	-	400	800	2000	4000	8000
Сейфы, сертифицированные по стандарту ГОСТ Р 50862 прочими органами по сертификации								
		НО	0	1	2	3	4	5
Жилые помещения, оборудованные охранной сигнализацией		-	-	200	3000	5000	8000	16 000
Жилые помещения, не оборудованные охранной сигнализацией		-	-	50	1500	2500	4000	8000
Банки, оборудованные охранной сигнализацией и имеющие физическую охрану		-	-	50	6000	10 000	16 000	32 000
Коммерческие/производственные помещения, оборудованные охранной сигнализацией или имеющие физическую охрану		-	-	-	800	1600	4000	8000
Коммерческие/производственные помещения, не оборудованные охранной сигнализацией и не имеющие физическую охрану		-	-	-	400	800	2000	4000



ет число производителей сейфов. При этом авторитетно можно сказать, что большинство из этих органов просто «торгуют» сертификатами. В результате производители сейфов убеждены, что сертификат V класса можно получить даже на деревянную тумбочку, т.к. формальный регулятор рынка – Центробанк – не выдвигает никаких требований к качеству сертификации.

Чтобы содействовать развитию цивилизованного рынка сейфов, в июне 2008 года была создана Ассоциация производителей сейфов. В ряду ее основных целей и задач – повышение качества сейфов, продаваемых и производимых на российском рынке, а также повышение авторитета отечественных производителей и дистрибьюторов.

Если говорить о соответствии европейских и российских стандартов для сейфов, то эксперты Ассоциации считают, что сейф, имеющий, скажем, II класс по ECB-S, скорее всего, в хорошей российской лаборатории получит III класс устойчивости к взлому, а в лаборатории с менее строгими требованиями – IV или выше. Таким образом, обычному потребителю бывает сложно разобраться в том, какой сейф и с каким сертификатом нужно покупать.

Если вы ориентируетесь на соответствие минимальным требованиям Центробанка, то, наверное, разумнее всего покупать самые дешевые сейфы из числа имеющих сертификаты. Только при этом нужно иметь в виду две вещи.

Первое – вы покупаете бумагу, а не сейф, и не факт, что заявленный этой бумагой уровень защиты будет обеспечен. Второе – в будущем, когда ри-

ски все-таки будут оценены страховыми компаниями, купленный сейф придется заменить.

Если же для потребителя главное надежность и безопасность, то надо приобретать сейфы, имеющие сертификаты от надежных российских органов по сертификации – таких, как ОС СЗБ «НЕВА», ОС «Вымпел-Тест», ОС «Центр СБО», ООО «Научно-испытательный центр безопасности» или сейфы, имеющие европейские сертификаты ECB-S.

Ассоциация приглашает к диалогу и обсуждению этой проблемы всех, кому небезразличны вопросы безопасности: руководителей служб безопасности, российские банки, ассоциации страховщиков.

Очевидно, что в сейфах, имеющих разные степени надежности, можно хранить разные суммы денег. В России до недавнего времени документов, регламентирующих суммы для хранения и страхования, не было, в Европе такие документы есть. На сайте ECB-S www.ecb-s.com/english/insurancesums_e.htm можно ознакомиться с европейскими нормативами на максимальные суммы, которые можно хранить в сейфе той или иной степени устойчивости к взлому. Как правило, они определяют, какую максимальную сумму можно страховать в определенном классе сейфов, при этом, обязательно учитывается, где стоит этот сейф: в жилом помещении или в офисе, в охраняемом помещении или в не охраняемом. Взяв за основу этот подход, Российская Ассоциация производителей сейфов разработала свои рекомендации по хранению ценностей в сейфах, которые даны в таблице.