Ольга Степеннова: «Достижение максимальной эффективности программ ДМС невозможно без высокотехнологичных решений»

Несмотря на сложности на страховом рынке, связанные с кризисом, в РОСНО продолжают работать над новой ИТ-платформой для ДМС. О ее предназначении журналу ССТ рассказывает Ольга Степеннова, член Правления, заместитель Генерального директора, директор по медицинскому страхованию ОАО «СК РОСНО».

«Современные страховые технологии»: *Ольга Михайловна, какие задачи должна решить новая ИТ-платформа для ДМС?*
Ольга Степеннова: Мы приступили к реализации проекта, прежде всего, потому, что за последние несколько лет существенно вырос объем бизнеса ДМС, повысились требования

к эффективности программ страхования и бизнес-процессов. РОСНО обладает разветвленной региональной сетью (более 70 филиалов), в каждом из которых осуществляется медицинский андеррайтинг, взаимодействие с лечебными учреждениями, организация медицинского обслуживания и контроль качества оказываемых услуг. Единая ИТ-платформа нужна, в первую очередь, для того, чтобы все изменения информации о клиенте, которую ввели в систему в месте заключения договора, были бы доступны в режиме он-лайн в регионе обслуживания. Например, головная компания холдинга находится в Москве, и корпоративный договор ДМС заключается в Москве, но предприятия холдинга находятся в регионах, соответственно, застрахованные по корпоративному договору сотрудники предприятий будут обслуживаться, главным образом, в лечебных учреждениях своего региона.
Кроме того, эффективно управлять региональной сетью возможно только в условиях унификации и стандартизации бизнес-процессов, что, немыслимо без использования современных технологий. Единая ИТ-платформа позволит повысить качество и оперативность обслуживания клиентов независимо от региона заключения договора страхования и региона организации медицинской помощи.

ССТ: *Кто работает над проектом вместе с вами?*
О.С: Выбор вендора ИТ-решения был непростым и учитывал много критериев. Кроме основного критерия – соотношение цена/качество – мы учитывали длительность подобных проектов, обращали внимание не только на наличие опыта успешных внедрений, но и финансовую устойчивость партнера. Понимая, что российский ДМС в отличие от западного Private Health Insurance имеет специфику, которая, скорее всего, не знакома ни одному западному разработчику, мы распланировали внутренние экспертные ресурсы таким образом, чтобы максимально участвовать в разработке системы на всех этапах этого сложнейшего процесса, начиная с постановки задачи в форме технического задания и заканчивая нагрузочным тестированием, приемочными испытаниями.

ССТ: *В чем принципиальное отличие новой системы от той, которая используется в РОСНО сейчас?*

О.С: Как я уже отмечала, речь идет о единой платформе, т.е. едином информационном пространстве для работы всех подразделений компании, связанных с ДМС. Кроме того, впервые мы полноценно автоматизируем несколько новых модулей, в частности, модуль создания продуктов медицинского страхования и андеррайтинга рисков медицинского страхования, а также существенно расширяем автоматизацию медицинской экспертизы объемов и качества оказания медицинских услуг.

ССТ: *Как это связано с тем, что у каждого лечебного учреждения свой формат прейскуранта медицинских услуг? Можно ли в таких условиях автоматизировать контроль выставленных счетов?*

О.С: Отсутствие унифицированных форматов перечня услуг и их наполнения (наборы медицинских манипуляций) – большая общая проблема. Мы ее решаем путем создания собственного многоуровневого классификатора услуг, которые предусмотрены нашими страховыми продуктами и программами. Иными словами, мы идем не от научно-медицинского подхода, а от собственных программ страхования, от тех рисков, которые покрываются программами ДМС, и услуг, которые должны быть оказаны в соответствие с выбранной клиентом программой.

Счета из лечебных учреждений включают перечень услуг, оформленных в разных форматах. И даже если услуги имеют одинаковое название, они могут подразумевать разные наборы манипуляций. При вводе счетов в базу данных наш многоуровневый классификатор структурирует услуги, указанные в счетах, чтобы установить их соответствие с программой страхования. Есть услуги, которые за собой «цепляют» другую услугу, и если взаимосвязанная услуга отсутствует в полученном счете,

то может возникнуть подозрение в самом факте оказания услуги, что потребует дополнительной экспертизы. Наш классификатор учитывает такие взаимосвязи (услуги скомпонованы в группы, и таких групп больше 300).
Лечебные учреждения строят процесс оказания медицинских услуг с учетом различных стандартов лечения. Если согласно этим стандартам показано провести, условно говоря, 10 сеансов массажа, то лечебное учреждение будет стремиться провести 10 сеансов массажа – независимо от того, что лечебный эффект может быть достигнут при проведении меньшего количества процедур, что сэкономит время и, в конечном счете, деньги застрахованного. Поскольку в соответствии с законодательством медицинские страховые компании должны отслеживать объемы, сроки и качество предоставляемых медицинских услуг, то такие случаи рассматриваются отдельно – совместно с лечебным учреждением – в целях повышения эффективности и качества лечения.

ССТ: *Предусмотрен ли в новой системе контроль целесообразности назначений?*
О.С: Целесообразность назначений – тема неоднозначная, а если говорить об автоматизации проверки целесообразности назначения услуг, то вопрос нужно поднимать до уровня искусственного интеллекта. Пока никто не подошел к решению этой проблемы и вряд ли подойдет в обозримом будущем. Мы приняли концепцию, при которой выявляем и систематизируем закономерности оказанных услуг для того, чтобы избежать повторения одних и тех же рутинных операций, и таким образом повысить эффективность экспертизы. Выявленная однажды закономерность фиксируется в системе, и в дальнейшем все, что не укладывается в заложенный алгоритм, автоматически отправляется на повторный контроль. Задача медицинских экспертов будет состоять в том, чтобы искать новые закономерности, которые в дальнейшем будут автоматизироваться. Этот процесс тесно связан с процессом разработки новых продуктов.

ССТ: *Планируете ли Вы сократить расходы по обслуживанию застрахованных по ДМС в связи с введением новой ИТ-платформы?*
О.С: Автоматизация должна приводить к повышению производительности труда и улучшению качества продукта. И мы дей-

ствительно ожидаем, что в среднесрочной перспективе произойдет снижение затрат на обслуживание, и что самое важное, существенно повысится качество обслуживания наших клиентов. В том числе, за счет того, что объем информации, который предусмотрен к вводу в систему, позволит создавать инновационные продукты, то есть формировать новые конкурентные преимущества.

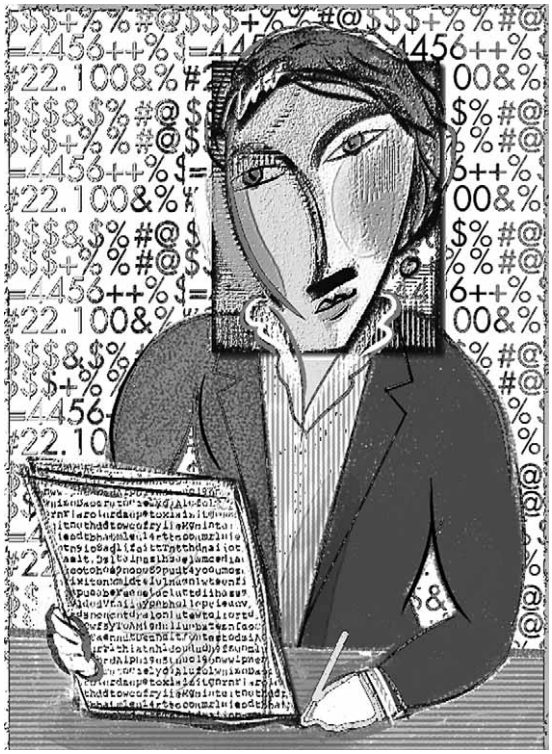
Всего каких-то пять лет назад подобная детализация в информации считалась излишней, сейчас же рынок становится таким изощренным, а конкуренция такой жесткой, что необходимо находить дополнительные ценности для клиента и повышать эффективность даже той бизнес-модели, которая еще вчера казалась эффективной. Кроме того, из-за кризиса страхователь сократил затраты на ДМС, но его ожидания остались по-прежнему высокими. Соответственно необходимо повышать эффективность на каждом участке бизнес-процесса, создавая конкурентные преимущества, которые позволяют компании выделиться на рынке. Для этого нужна информация – такая, о которой мы раньше и не задумывались.

Кроме того, информация позволит выстраивать более эффективные отношения с провайдерами медицинских услуг, существенно оптимизировать процесс принятия решений, что в свою очередь также приведет к снижению затрат, повышению качества обслуживания и росту бизнеса.

ССТ: *А как же экономия за счет оптимизации бизнес-процессов?*

О.С: Совершенно справедливо. Мы предусмотрели систему контроля за исполнением поручений, при реализации которой документооборот между исполнителями горизонтального уровня сократится в разы. Сотрудники будут получать задания на текущий день, планировать работу на несколько дней вперед. Риски потери рабочего времени при передаче информации или ее искажении будут сведены к минимуму. Контроль исполнения поручений и оперативное решение управленческих задач выйдет на качественно новый уровень. В результате возрастет лояльность сотрудников компании, повысится культура труда, прозрачность операций и управляемость процессами, что бесспорно приведет к дополнительному снижению затрат.

ССТ: *Ольга Михайловна, я слышала, что техническая экспертиза у вас уже автоматизирована.*



О.С: Техническая экспертиза – это регистрация и учет заявленных убытков: счетов, получаемых из лечебных учреждений, или пакета документов, получаемых от застрахованных для выплаты страхового возмещения. Прежде чем заявленный убыток будет учтен в базе данных, проводится идентификации застрахованных, сверка сроков действия полисов, покрываемых рисков и т.д. Этот процесс, как и многие другие, автоматизирован в РОСНО уже более 10 лет.

Вслед за технической экспертизой проводится медицинская экспертиза: врач-эксперт проверяет правильность назначений, эффективность лечения и качество медицинского обслуживания наших застрахованных, в том числе, с выездом в лечебное учреждение. Эта составляющая экспертизы была автоматизирована частично, в новом ИТ-решении мы заложили логику максимальной автоматизации медицинской экспертизы. В результате проведения двух видов экспертизы система формирует акт, в котором фиксируются все выявленные дефекты и который ложится в основу переговоров с лечебными учреждением. К сожалению, дефектов по-прежнему немало, особенно в тех регионах, где процесс учета пациентов и выставления счетов не автоматизирован, или там, где есть кадровые проблемы.

ССТ: *Как в новой ИТ-системе реализован подход к вопросу лояльности клиента к компании в целом?*

О.С: В корпоративной информационной системе компании ведется учет по каждому клиенту. Это дает возможность под-

ходить к клиенту комплексно и индивидуально. Кроме того, уже несколько лет работает специальная программа лояльности для клиентов ДМС под названием «РОСНО гарантирует». Смысл программы заключается в том, что мы выплачиваем застрахованному денежную компенсацию за подтвержденную экспертом некачественно оказанную услугу (вне зависимости от того, чья вина установлена). Таким образом, мы действительно отвечаем за качество предоставляемых услуг. Информация об этих гарантиях размещена на нашем сайте, на ней мы дополнительно акцентируем внимание клиентов на этапе заключения договора. Таким образом, информация открыта и доступна каждому.

ССТ: *Ольга Михайловна, в «Ингосстрахе» решение проблем с ЛПУ, которые возникают на почве ДМС, видят в развитии собственной сети клиник. Что Вы думаете по этому поводу?*
О.С: Открытие новых клиник, хорошо оснащенных, социально ответственных и эффективных с точки зрения внутренних бизнес-процессов, можно только приветствовать. Здоровая рыночная конкуренция среди медицинских учреждений нужна для дальнейшего развития отрасли. Сейчас мы, как и многие другие игроки рынка ДМС, ощущаем существенную нехватку сетевых медицинских учреждений. Кроме того, далеко не все компании, работающие на рынке медицинских услуг, имеют долгосрочный горизонт планирования. Это не может не сказываться на их отношении к партнерам, в частности, к страховым компаниям, к клиенту, и к таким наиважнейшим вопросам сегодняшнего дня, как собственная эффективность и управление качеством. Именно из-за дефицита долгосрочных взаимовыгодных партнерских отношений с провайдерами услуг некоторые страховщики ДМС диверсифицируются в медицинский бизнес – крайне сложный, комплексный, ответственный, с огромной психологической нагрузкой.

ССТ: *Ольга Михайловна, давайте уточним: страховые программы разрабатываются в Москве, а данные для них будут вводить в регионах?*
О.С: Страховые программы формируются в Центре компетенции, который у нас расположен в Москве, на основе исследования рынка, в том числе и регионального. Заключение договора

страхования происходит в том месте, где находится клиент. Там же производится ввод в базу данных списка застрахованных и программ страхования. Сейчас наблюдается тенденция включения в каждую программу до 20-30 лечебных учреждений: потребитель хочет иметь выбор, не конца осознавая его сложность. Мы помогаем клиенту и организовываем обслуживание во всех регионах, которые покрывает его программа страхования. Приезжает, к примеру, сотрудник предприятия из Самары в Москву, звонит на наш круглосуточный медицинский пульт, мы видим его программу, видим, какие московские лечебные учреждения в нее включены, и организовываем медицинское обслуживание в Москве. Если же клиент работает и застрахован в Москве, где, соответственно, введены его персональные данные и программа, включающая лечебные учреждения разных городов, то в этих городах тоже «видят» застрахованного и готовы круглосуточно принять от него запрос на организацию медицинской помощи. Таким образом, единая информационная система позволяет «видеть» клиента во всех регионах, где он застрахован, чтобы оперативно и качественно организовать медицинское обслуживание.

ССТ: *Разве перечень услуг в лечебных учреждениях разных городов не отличается?*

О.С: Принципиально не отличается. Если в каком-то ЛПУ нет той или иной услуги, это учитывается при формировании программ для конкретного корпоративного клиента. Очевидно, что набор лечебных учреждений в программах страхования очень зависит от инфраструктуры городов, в которых мы организуем и контролируем медицинское обслуживание наших застрахованных. Но это уже тема для отдельного интервью.

Беседовала Елена Шарова