

НИКТО КРОМЕ НАС

Такую огромную страну, как Россия, отличает не только разнообразный климат и природа, но и неравномерное от региона к региону развитие медицинской инфраструктуры. РЕСО-Гарантия — одна из немногих страховых компаний, которым удается в этих непростых условиях создавать программы добровольного медицинского страхования с равно высоким уровнем сервиса от Калининграда до Сахалина. О том, как обеспечить клиента современными высококачественными медицинскими услугами на всей территории России, рассказали заместитель генерального директора, начальник управления медицинского страхования Ольга Суворова и начальник регионального отдела Управления медицинского страхования Вадим Маликов.

Современные страховые технологии: РЕСО-Гарантия в этом году отмечает 25-летие. Что дает этот огромный опыт?

Ольга Суворова: Важно, что наш опыт формировался не в рамках одного медучреждения и не в рамках одного региона. Мы можем применять успешные наработки, полученные в одном регионе, на всю территорию страны.

У нас тысячи самых разных клиентов. И мы с удовольствием работаем с разными по масштабу клиентами. В самом крупном работает около 30 тыс. застрахованных, самый маленький — всего 2 сотрудника. Мы находим эффективное решение для любого формата предприятий. Для небольших предприятий, напри-

мер, у нас есть специальный продукт «ДМС — малый бизнес».

Компания очень гибкая. Сегодня мы можем предоставить клиенту любые варианты организации медицинской помощи, которые вообще можно реализовать в нашей стране. Мы накопили опыт сотрудничества с огромным числом лечебных учреждений, отработали большое количество схем взаимодействия с ЛПУ и клиентом. Для клиента это означает: мы всегда понимаем, что ему нужно и как этого можно добиться.

У нас очень стабильный коллектив, многие сотрудники управления медицинского страхования работают более 10 лет. Выстроено полное взаимопонимание с сотруд-



Ольга Суворова

Заместитель генерального директора, начальник управления медицинского страхования



Вадим Маликов

Начальник регионального отдела Управления медицинского страхования

никами, которые работают в регионах. И в Москве, и в филиалах работают специалисты очень высокого уровня.

ССТ: В чем роль страховщика при организации ДМС на предприятии?

О. С.: Любой грамотный HR-директор понимает, что без хорошего партнера-страховщика в текущем положении дел на медицинском «фронте» он не сориентируется. Организация здравоохранения у нас в стране непростая, поэтому самому предприятию получить эффективное и доступное по бюджету медицинское обслуживание просто невозможно. Нужна помощь людей, которые в этом вопросе профессионально разбираются.

Нужно отметить работу, которую проводят страховые компании с лечебными учреждениями. Многие ЛПУ без страховщиков никогда бы не пришли к желаемому уровню сервиса! Зачастую тренд развития медицинских услуг в регионах задают страховщики.

Когда мы договариваемся с ЛПУ о сотрудничестве, то предъявляем целый ряд требований: отдельная регистратура, электронная история болезни и др. Тот опыт, те требования, которые мы отработали на Москве, передаются в регионы.

Для нас в приоритете баланс прибыльности договора и качество обслуживания. Мы не будем демпинговать. Для нас не существует цели заключить договор любой ценой. Мы назначаем адекватные цены, чтобы потом можно было оказать качественную медицинскую помощь. Мы откажемся от договора, если

требования клиента по цене несовместимы с обеспечением качественного полноценного лечения. Мы никогда не скажем клиенту, что его страховая сумма исчерпана, и ему пора уезжать из больницы

Добровольное медицинское страхование — одна из наиболее востребованных страховых услуг, предлагаемых РЕСО-Гарантия. Сегодня ею пользуются около 500 000 человек в самых разных уголках страны.

цы или лечиться за свои. Это исключено.

Вадим Маликов: Основные клиенты ДМС — крупные компании, с центральными офисами в Москве и с сотрудниками по всей России. Они видят, как работает этот сервис в Москве и хотя бы обеспечить нужный уровень в регионах. Для Москвы, для Питера основа ДМС — рискованный договор. Рисковый договор для предприятия — это фиксированный бюджет. Согласовав страховой взнос один раз, больше ничего платить не придется. Депозит — это просто счет, который нужно постоянно пополнять. На сколько и когда — неизвестно. Такая ситуация создает дисбаланс, невозможность планирования расходов на персонал.

ССТ: Ваш огромный опыт и широкая представленность в регионах дают возможность авторитетно оценивать уровень и качество медицинского обслуживания в рамках

ДМС по всей стране. В чем основная сложность?

О. С.: Главная трудность — инертность медицинских учреждений, их нежелание развивать сервисную со-

ставляющую медицинского обслуживания, находить новые формы предоставления медицинских услуг.

Также на качество обслуживания сказывается медицинская инфраструктура: количество лечебных учреждений, их оснащение, кадровый потенциал — от региона к региону эти факторы развиты крайне неравномерно. Причем это не всегда зависит от численности населения региона или города.

В. М.: Например, очень часто в корпоративных программах требуется такая услуга, как альтернативная скорая помощь. А у нас коммерческих служб скорой медицинской помощи — по пальцам пересчитать. Даже в таких крупных городах, как Екатеринбург и Новосибирск, по всем правилам оформленной службы скорой помощи с несколькими бригадами нет. При этом альтернативная служба скорой помощи есть в сравнительно маленьком Орле. С точки зрения ДМС

это проблема: крупные предприятия с большой региональной сетью обычно хотят обеспечить единый стандарт страхового покрытия для всех своих сотрудников, но они ограничены наличием необходимой медицинской инфраструктуры.

ССТ: А как обстоят дела с поликлиническим обслуживанием, со стационарами?

В. М.: Аналогично. В каких-то регионах частные медицинские учреждения активно развиваются, а в каких-то находятся в зачаточном состоянии. Вопросы госпитализации — это вообще отдельная история. Когда в Москве в центральном офисе компании клиента начинаешь рассказывать, как медицина работает в регионах, то представляются два разных мира.

О. С.: В Москве все работает отлично. Достаточно ведомственных и коммерческих учреждений, которые имеют мощные стационары и составляют реальную альтернативу муниципальной медицинской службе. В регионах — с точностью до наоборот: частных многопрофильных стационаров с хорошим оборудованием практически нет, ведомственных ЛПУ — очень мало. Сеть лечебных учреждений РЖД, кстати, могла бы составить альтернативу муниципальному здравоохранению — в ней около 200 ЛПУ хорошего уровня. Но у них не выстроен единый корпоративный подход к такому вопросу, все решения зависят

исключительно от мнения главных врачей конкретных клиник.

ССТ: Все ли ведомственные клиники стремятся попасть в систему обязательного медицинского страхования или им все же интересно работать со страховыми компаниями по ДМС?

В. М.: Однозначно, есть стремление попасть в систему ОМС. Я думаю, что это борьба за гарантированные объемы финансирования, в первую очередь, в тех сегментах ОМС, которые прибыльны — высокотехнологичная медицинская помощь. При этом они стараются уходить

ССТ: Как же вы решаете задачу предоставления ЛПУ по полисам ДМС и обеспечиваете единые стандарты для всех застрахованных по России?

В. М.: Иную медицинскую инфраструктуру, чем существующая сегодня в регионах, мы не придумаем. РЕСО-Гарантия не предлагает страховые программы, которые подразумевают прикрепление к одному лечебному учреждению, поскольку сегодня невозможно в одном ЛПУ обеспечить полный качественный набор необходимых медицинских услуг, не говоря уж о сервисной составляющей. Приходится создавать сетевые программы,

В РЕСО-Гарантия работают высокопрофессиональные врачи-эксперты, которые непосредственно контролируют качество оказываемых медицинских услуг в рамках программ ДМС.

от неприбыльных сегментов вроде обслуживания прикрепленного населения. Что касается развития платных услуг и услуг в рамках ДМС в государственных и муниципальных учреждениях, то в каждом лечебном учреждении декларируется стремление их развивать, но по факту это оказывается задачей второго или третьего порядка. Во многом, наверное, это связано с отсутствием четких границ между платными услугами и услугами в рамках программы государственных гарантий для ЛПУ, работающих в системе ОМС.

которые могут задействовать все лучшие ЛПУ в регионе. Второй важный аспект: оказание дополнительных услуг, которые возможны в рамках лицензии лечебного учреждения, чтобы быть удобнее, ближе к застрахованным. Например, мы организуем возможность получения медицинской помощи на территории страхователя, в рамках программы «врач фирмы». Порой нашей задачей становится поиск креативных решений, которые не вступали бы в конфликт с нормативными актами, накладывающими ограничения

на получение медицинской помощи по ДМС в формате, удобном работодателю.

ССТ: Многие предприятия задаются вопросом: мы платим отчисления в фонд ОМС, есть услуги, которые граждане получают в рамках ОМС — можно ли их вычленивать из корпоративной программы ДМС и таким образом оптимизировать затраты на добровольное медицинское страхование?

В. М.: ОМС имеет ряд ограничений с точки зрения доступности тех или иных медицинских услуг. Необходимую медицинскую услугу пациент по программе госгарантий может ожидать месяцами. Поэтому платить за ту же услугу по ДМС имеет смысл хотя бы по той причине, что ее можно получить быстрее, причем в том же самом учреждении, что и по ОМС. А в медицине время очень часто имеет решающее значение. По ДМС предоставляется возможность большего выбора, так как регламенты по применению более дорогих лекарств, исследований, манипуляций и прочего шире. Мы не подвергаем сомнению качество лечения по ОМС — мы говорим об услуге более высокого качества.

ССТ: И все же — есть ли возможность совместить программы ОМС и ДМС? Например, поставить франшизу на сбор анализов: все анализы только в рамках ОМС. Получится экономить?

Широко развитая региональная сеть позволяет РЕСО-Гарантия работать с клиентами по медицинскому страхованию по всей России и в ближнем зарубежье (Казахстан, Белоруссия, Украина, Литва).

В. М.: Если мы пользуемся одной и той же базой ЛПУ, то такое разделение весьма условно. Предположим, мы исключили анализы из программы ДМС — и что получится? Так как услуги по ОМС квотируемые, человек не сможет вовремя пойти к специалисту в рамках ДМС, так как будет ждать возможности сдать анализы по ОМС. В целом падает качество, сервисность ДМС. Мы несколько раз подступали к разработке программ, которые бы исключали простые анализы или простые манипуляции, всю рутину, на которую тратится 80 % страховых выплат. Но мы не получили положительного отклика от клиентов,

несмотря на существенное снижение цены. Спрос — на комплексные услуги.

Мы всегда исходим из потребностей застрахованного и страхователя. Застрахованному удобно получать услуги в одном ЛПУ и, по возможности, в удобное время. Работодатель заинтересован в быстром выздоровлении работника и сокращении времени на прохождение диагностики и лечения. Если работник полдня сидит в очередях на сдачу анализов или мотается по разным клиникам, то это, в том числе, потери работодателя. Сервис ДМС построен на постулате — вылечить в минимально

В 2010–2011 годах правительство Пермского края реализовывало программу «Медицинский сертификат», целью которой было вовлечение частных медицинских учреждений к обслуживанию широких слоев населения, повышение доступности частных ЛПУ через добровольное медицинское страхование работников краевых и муниципальных учреждений, работающих в г. Перми. Правительство края оплачивало часть страховой премии за данную категорию страхователей. Наша компания заключила более 7 тыс. договоров страхования. В программе участвовали 4 страховые компании. Компании были отобраны правительством края в ходе конкурса. К оказанию медицинской помощи привлекались 6 частных многопрофильных амбулаторно-поликлинических учреждений. Несмотря на то, что программа работала недолго, частные ЛПУ Перми были вовлечены в процесс оказания услуг населению, некоторые из них стали более активно работать в системе ОМС.

возможные сроки с минимальными передвижениями.

О. С.: Есть еще один аспект — позиция коммерческих ЛПУ. Очень часто в регионах частные клиники, имеющие своего рода монополию, диктуют свои условия по ведению больного. В том числе они требуют сдачи анализов именно у себя по программе ДМС. Приходится идти на поводу, так как альтернативы по сервису и качеству медицинских услуг в этом регионе просто нет. Но есть клиники,

которые предлагают альтернативу. Клиент может прийти с анализами из районной поликлиники. В этом случае счет за услуги ДМС просто будет меньше. Но глобально этой темой на рынке еще никто не занимался.

ССТ: Нуждаются ли страховщики в регионах в помощи со стороны региональной власти?

В. М.: Хорошая работа ДМС — сокращение обращений за ОМС. ДМС должно

повсеместно получать действенную поддержку со стороны местной власти, если бы власти проводили работу по популяризации ДМС для региональных предприятий, то бюджет ОМС был бы больше направлен на защищенные слои населения. Повысилось бы качество обслуживания, его скорость и доступность. Пока этого нет, мы берем на себя проблемы по организации лечения и в регионах, и в Москве.



ALLIANZ ГОТОВИТ К ЗАПУСКУ HR-ПОРТАЛ ДЛЯ КОРПОРАТИВНЫХ КЛИЕНТОВ ПО ДМС

СК «Альянс Жизнь» готовит к запуску новый онлайн-сервис, который призван обеспечить эффективную онлайн-коммуникацию и поддержку управления персоналом клиентов по ДМС.



Так, если ранее HR-специалистам приходилось связываться с сотрудником блока продаж по сопровождению договоров по телефону или электронной почте, чтобы прикрепить или открепить клиента, получить информацию по его страховой программе, запросить дубликат страхового полиса, то теперь эти сервисы будут доступны в режиме онлайн. Специалист HR, посетив портал, сможет в любой момент получить нужную ему информацию, а также электронные полисы. Он увидит персональные данные каждого сотрудника,

программы страхования и их стоимость, а также список ЛПУ, местонахождение которых будет отмечено на интерактивной карте.

На портале предусмотрен модуль для формирования интерактивных отчетов. Этот сервис позволит получать сведения по ключевым аналитическим показателям по договору страхования, а также отслеживать их динамику в течение периода действия договора.

Предполагается также реализовать отчет по видам заболеваний согласно Международной классификации болезней.

В отчете будут показана обобщенная статистика — какие заболевания были найдены у коллектива. При этом персональные данные конкретных застрахованных сохраняются в тайне и не будут отображаться в статистике.

Одна из ключевых особенностей портала — его высокая защищенность. Для защиты персональных данных, собранных на портале, применяется целый ряд комплексных мер, уникальных для российского страхового рынка и соответствующих всем требованиям федерального законодательства.

