

# НАШИ ЗАДАЧИ ПО ОМС

Развитие страховой медицины в России, в том числе ориентированной на клиента системы обязательного медицинского страхования — одно из основных направлений в фокусе внимания страховой саморегулируемой организации. Для реализации этих задач в рамках Всероссийского союза страховщиков в конце 2016 г. создан Совет по медицинскому страхованию. О повестке совета на текущий год журналу «ССТ» рассказал его председатель Андрей Рыжаков, генеральный директор ООО «АльфаСтрахование — ОМС».



**Современные страховые технологии:** При обсуждении темы ОМС часто говорится о необходимости повышать роль страховщиков в системе. Какие меры может предпринять страховое сообщество в данном направлении?

**Андрей Рыжаков:** Мы можем говорить не только о том, что отрасль должна делать, но и о том, что уже реализуется. Наиболее важная тема — развитие института страховых представителей. Данный проект уже запущен с 1 июля 2016 года медицинскими страховщиками совместно с Министерством здравоохранения и Федеральным фондом.

Система страховых представителей — трехуровневая. Первый уровень введен в работу в 2016 году, второй подключен с 1 января этого года, запуск третьего планируется с 1 января 2018 года. Задача страховых представителей — непосредственно работать с застрахованными. Это сотрудники страховых компаний, к которым застрахованные могут обращаться с любыми своими проблемами. Представитель первого уровня выступает в качестве сотрудника колл-центра, который отвечает на телефонные звонки и консультирует клиентов по разного рода «техническим» вопросам — например, как записаться к специалисту, где получить медицинскую помощь. Если вопрос более сложный,

то звонок переключается на страхового представителя второго уровня — специалиста, имеющего опыт работы по защите прав застрахованных, который хорошо понимает все сложности и нюансы системы и оказывает застрахованным всю необходимую помощь, начиная с организации медицинской помощи и заканчивая разбором жалоб, касающихся качества оказанных медицинских услуг или незаконном взимании денежных средств в лечебном учреждении. На настоящее время двухуровневый институт страховых представителей работает уже полных пять месяцев, и объем обращений граждан существенно растет.

**ССТ:** В связи с чем возникла необходимость института страховых представителей? Ведь раньше много лет система ОМС обходилась без него.

**А. Р.:** Это требование времени. В результате такого подхода строится так называемая клиентоориентированная модель, когда именно застрахованный становится центром системы. Сегодня все поворачивается к клиенту — и бизнес, и государственные структуры, у всех существует общая заинтересованность в усилении и улучшении клиентского сервиса. Это становится нормой времени. Например, сегодня у нас есть МФЦ, в котором граж-

дане получают справки и документы в одном окне, хотя раньше они обивали пороги множества ведомств. В обязательном медицинском страховании организация такой работы – непосредственная задача страховщиков.

Еще один вопрос, который непосредственно берут под свой контроль страховые представители второго уровня — это диспансеризация населения, информирование застрахованных о сроках диспансеризации и ее результатах, контроль за ее прохождением, организация сервисной составляющей. Это уже государственная задача.

**ССТ:** Поступают ли страховым представителям жалобы на работу клиник, какая работа с ними ведется?

**А. Р.:** Все жалобы разрешаются — для этого и создавался институт страховых представителей. Наиболее часты жалобы на качество помощи и на работу лечебных медицинских учреждений. Поток поступающих жалоб растет именно в адрес страховых компаний, а не других ведомств. Это как раз показатель того, что с жалобами страховщики работают правильно — люди жалуются туда, где помогают.

**ССТ:** Одна из проблем системы ОМС – отсутствие четкого разграничения объема предоставляемых услуг: что можно получить в рамках ОМС, а что предоставляется по добровольному полису и т. д. Что планирует в этом направлении предпринять Совет по медицинскому страхованию?

**А. Р.:** Да, это очень серьезный вопрос. Есть территориальные программы госгарантий, в которых перечислен набор гарантированной гражданам медицинской помощи. В то же время, как показала практика, он всегда значительно шире реальных финансовых возможностей государства. Страховое сообщество

**Основная задача страховой отрасли в системе ОМС на 2017 г. — построение клиентоориентированной модели, которая решается путем развития института страховых представителей.**

безусловно выступает за то, чтобы провести конкретизацию программ — в первую очередь, это должно помочь и самим гражданам. Сейчас задача находится на стороне Минздрава, но пока в этом направлении движения нет.

**ССТ:** Какой Вы видите работу Совета по медицинскому страхованию ВСС в текущем году?

**А. Р.:** Мы логично и последовательно продолжим работу, которую вел Межрегиональный совет медицинских страховщиков, но уже в рамках СРО. План действий у медицинских страховщиков на 2017 уже сформирован, в рамках этого плана Совет по медицинскому страхованию продолжит работать. Кроме построения клиентоориентированной модели в системе, что является наиболее важной задачей на данный момент, на нашей повестке — формирование знания об услуге и информационного поля о роли и задачах страховой медицины. Пока еще уровень информированности общества совершенно не достаточен. Очень небольшое количество граждан имеет четкое представление о той важной роли, которую выполняют страховые компании по контролю качества медицинской помощи и защите их прав. Вместо этого зачастую мы наблюдаем как в СМИ, так и в выступлениях отдельных руководителей сильно искаженное восприятие страховщиков, демонстрацию полного непонимания роли и принципов работы страховых медицинских организаций. Конечно, мы должны в этом направлении стать значительно активнее.

