

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Сонис А.Г., Чертухина О.Б., Киселева И.В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, e-mail: kiseleva.inna@mail.ru

В статье изложен опыт работы Клиник Самарского государственного медицинского университета по добровольному медицинскому страхованию (ДМС). Описаны функциональные обязанности и взаимодействие персонала многопрофильной медицинской организации при работе с пациентами и страховыми компаниями по ДМС. Показаны основные риски для медицинских организаций при работе в сфере добровольного медицинского страхования в Российской Федерации, описаны ожидания и требования страховых медицинских компаний к модели идеальной клиники. Приведены практические примеры решения организационных вопросов по повышению удовлетворенности и улучшению качества оказания медицинской помощи населению. Дана характеристика инновационному методу работы – врач офиса. Доказана эффективность предложенной модели организации медицинской помощи на примере одного из подразделений Клиник – специализированного консультативно-диагностического центра.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, модель организации медицинской помощи, медицинские организации.

EXPERIENSE IN THE VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN MULTIDISCIPLINARY MEDICAL ORGANIZATION

Sonis A.G., Chertuhina O.B., Kiseleva I.V.

Samara State Medical University, Samara, e-mail: kiseleva.inna@mail.ru

The article describes the experience of Clinics of Samara State Medical University on voluntary medical insurance (VMI). We describe the functional responsibilities and interaction of personnel multidisciplinary medical organization when working with patients and insurance companies for LCA. The basic risks for healthcare organizations when working in the field of voluntary health insurance in the Russian Federation, describes the expectations and requirements of health insurance companies to the model of an ideal clinic. The practical examples of organizational issues to enhance customer satisfaction and improve the quality of medical care. The characteristic of the innovative method of work – office physician. The efficiency of the proposed model of health care organization on the example of one of the divisions of Clinics – a specialized advisory-diagnostic center.

Keywords: voluntary health insurance, model of health care organizations, medical organizations.

В настоящее время Клиники Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ) предоставляют значительный объем медицинских услуг пациентам в рамках добровольного медицинского страхования (ДМС). Система ДМС – это выстроенный годами, отлаженный процесс оказания медицинской помощи пациентам, застрахованным по программам ДМС страховыми компаниями. Для проведения этой работы в структуре специализированного консультативно-диагностического центра клиник (СКДЦ) создан отдел ДМС.

Цель исследования – предложить оптимальную модель оказания медицинской помощи по ДМС для работы в медицинских организациях любой формы собственности.

Материал и методы исследования. Для исследования использовались статистические материалы за десятилетний период работы отдела ДМС специализированного

консультативно-диагностического центра Клиник Самарского государственного медицинского университета.

В отделе ДМС работают доверенные врачи-терапевты, медицинские сестры и медицинские регистраторы, и именно здесь сосредоточен основной объем внебюджетной деятельности, оказываемой в амбулаторных условиях.

Кабинет медицинских регистраторов – это контакт-центр по приему звонков от страховых компаний и пациентов, распределяет потоки пациентов на консультации, обследования, госпитализацию с оформлением внутренней документации. Поток пациентов по платным услугам не пересекается с потоком пациентов, прием которых осуществляется по полису обязательного медицинского страхования, что позволяет избежать жалоб и конфликтов среди пациентов [5].

На практике сформировалось несколько вариантов работы со страховыми компаниями. Первый – по гарантийным письмам, в которых прописаны все заказанные медицинские услуги. В данном случае пациенту оказывается заказанный объем услуг, обязательное условие – уложиться в лимит средств, если он указан. Второй вариант, так называемый прямой доступ, когда в клинику присылаются списки и программа страхования, соответственно, на врачей и менеджеров Клиники ложится ответственность по выбору объема медицинских услуг в рамках программы страхования. При этом необходимо обращать внимание на то, чтобы диагноз или врачебные назначения не оказались исключением из программы страхования, тогда случай признается нестраховым и не подлежит оплате при проведении медико-экономической экспертизы. Всё это требует ответственного и серьезного подхода со стороны персонала Клиники. Обязанность улаживать конфликты в данном случае также ложится на плечи медицинской организации. Положительный момент в данном случае то, что если медицинская услуга является исключением, то пациенту можно это объяснить и предложить оплатить её дополнительно, через кассу учреждения [1].

Самый сложный для медиков, пожалуй, случай авансирования с прикреплением, когда страховая компания вносит авансовый платеж, то есть за застрахованного пациента перечисляется фиксированная сумма. В этом случае все риски полностью перекладываются на медицинскую организацию, т.к. если стоимость услуг застрахованному (реальная потребность в медицинской помощи) превышает сумму страхового покрытия, то ответственность за отказ предоставления части медицинских услуг несет Клиника. У медицинской организации возникает не только финансовый, но и «имиджевый» риск, ведь именно медицинский персонал будет отказывать пациенту, вызывая у него негативные ассоциации. В данном случае необходим строгий контроль и учет всех медицинских услуг, а

также не только устные договоренности со страховой компанией, но и обязательное письменное соглашение об объеме предоставляемых услуг.

Доверенный врач, лицо, наделенное функциями взаимодействия с пациентом и страховой компанией, осуществляет амбулаторный прием пациентов, направление на диагностические исследования и при необходимости оформляет на стационарное лечение.

Кроме приема пациентов, имеющих полис ДМС, в функции персонала отделения ДМС входит координация работы медицинского персонала, взаимодействие с врачами-экспертами страховых компаний, предварительная медицинская экспертиза счетов. Так, например, врачами отделения в целях своевременного и качественного оказания медицинской помощи пациентам осуществляется согласование со страховыми компаниями объема медицинских услуг, оказываемых врачами консультантами отделений Клиник, и программ страхования.

В каждом кабинете приема по ДМС организовано два автоматизированных рабочих места (АРМ) – для одновременной работы врачей и медицинских сестер. Здесь установлена автоматизированная информационная система «Поликлиника» и «Стационар» для своевременного оформления консультаций, диагностических исследований и госпитализации пациентов, отдельно представлена программа «Лаборатория», позволяющая получать информацию о результатах лабораторного обследования в режиме онлайн. Работа построена на постоянном взаимодействии медицинского персонала СКДЦ с программистами, экономистами, врачами-статистиками и заведующими параклиническими отделениями и стационара.

Медицинские регистраторы отдела ДМС записывают пациентов по телефону на обследования и консультации, организуют сопровождение VIP-персон на обследования, ведут электронную базу данных пациентов страховых компаний: регистрацию, прикрепление, открепление застрахованных. Медицинскими регистраторами и сестрами проводится учет и шифровка медицинских услуг по прейскуранту и внесение их в компьютерную базу данных для формирования счетов для оплаты по законченным поликлиническим случаям.

Врачи ДМС готовят медицинскую документацию и проводят предварительную проверку амбулаторных карт перед экспертизой врачами-экспертами страховых компаний, проводят методическую работу с врачами Клиник по ознакомлению с возможностями программ ДМС и исключениями из программ страхования.

В 2016 году Клиники СамГМУ внедрили новую форму работы «Офис врача» на территории Сбербанка. Работа врача максимально приближена к месту работы сотрудников Сбербанка и направлена, прежде всего, на сокращение потерь рабочего времени персонала на поход в больницу. Одной из важнейших функций врача офиса является выявление

факторов риска развития неинфекционных заболеваний, снижение риска и эффективная профилактика. Для этого врач офиса получает информацию о работниках с высоким риском и хроническими заболеваниями по данным анкетирования, дает им консультацию и проводит динамическое наблюдение и координацию обследования у таких работников. Врач офиса участвует в проведении и организации массовых профилактических акций и участвует в проведении школ здоровья и групповом профилактическом консультировании. Также в здравпункте врача офиса есть возможность получать физиотерапевтические методы лечения и массаж, не теряя рабочее время на поездку в больницу, что тоже увеличивает приверженность пациентов к выполнению рекомендаций врача [4].

Результаты исследования и их обсуждение.

Клиники СамГМУ работают с 39 страховыми компаниями и 20 организациями. Активная работа отдела ДМС, проводимая совместно с медицинским персоналом СКДЦ и стационарных отделений Клиник, позволила за десятилетний период увеличить число услуг по ДМС с 2 до 38 тысяч [3].

Длительный период времени доход Клиник от реализации программ ДМС находился приблизительно на одном уровне, что свидетельствовало о стабилизации и насыщенности рынка медицинских услуг. Однако целенаправленная работа по улучшению качества оказываемых медицинских услуг, внедрение новых технологий маркетинга, совершенствование системы учета медицинских услуг, проведенные в Клиниках в 2014–2015 году, позволили значительно повысить поступления финансовых средств ДМС.

Динамика поступлений финансовых средств по источнику ДМС за 2006–2015 года представлена на диаграмме 1. При этом нашей медицинской организацией не использовались такие технологии, как использование акций или активной работы с базой застрахованных, как это периодически практикуют отдельные медицинские организации.

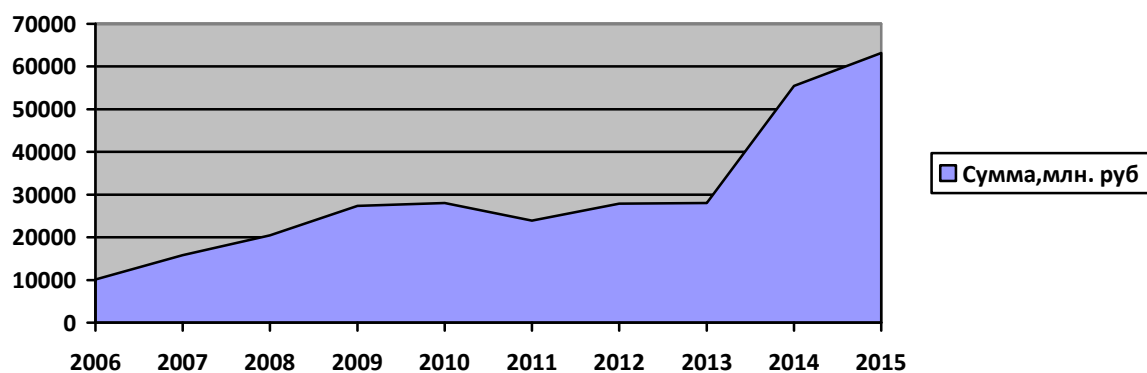


Диаграмма 1. Динамика поступлений финансовых средств по источнику ДМС (2006–2015 гг.)

В пятерку страховых компаний с максимальным количеством застрахованных и объемов финансовых поступлений входят: СОГАЗ, Альфа-страхование, Альянс, Ингосстрах, ВТБ-страхование. В структуре дохода по ДМС финансовые поступления от данных компаний составляют 72,9 %.

Отдел ДМС также занимается работой по договорам с организациями – диспансеризацией государственных служащих и организацией периодических медицинских осмотров.

При проведении диспансеризации государственных гражданских служащих в СКДЦ отработана логистика движения пациентов при прохождении медицинского осмотра, которая позволяет сократить потери во времени при перемещении пациентов внутри Клиник:

- разработан сетевой график распределения пациентов по времени;
- для лучшей ориентации пациентов на каждый из кабинетов, задействованных в медосмотре, прикреплены цветные маршрутизаторы с наименованием специальности врача;
- каждому приходящему на медосмотр человеку в руки выдается план расположения кабинетов в специализированном консультативно-диагностическом центре, где цветной маркировкой обозначен 1-ый кабинет маршрута, далее, напротив каждого кабинета на плане – порядковый номер по ходу движения пациента;
- одновременно 13 человек заходят в 13 разных кабинетов, не создавая очередей в коридорах;
- в коридоре дежурный администратор помогает, в случае затруднения, разобраться в маршруте движения.

Медицинский осмотр проводится не формально, а с максимальным учетом потребностей пациента, направлен на выявление и решение всех его проблем, в т.ч. хронических заболеваний и факторов риска развития заболеваний, а, при необходимости, и включение в лист ожидания на стационарное лечение.

Данная схема применяется также при проведении медицинских периодических осмотров сотрудников СамГМУ.

По завершении диспансеризации госслужащие заполняли анкеты удовлетворенности оказанием медицинской помощью в Клиниках СамГМУ. Персонал СКДЦ незамедлительно реагировал на все замечания пациентов по организации проведения диспансеризации путем устранения возможных организационных проблем, как то, привлечение второго специалиста к работе и открытие дополнительного кабинета, если к врачу собиралась очередь. Это позволило повысить показатель удовлетворенности качеством диспансеризации до 85 % и получить положительные рекомендации Клиник СамГМУ другим организациям.

Внимательное и доброжелательное отношение медицинского персонала СКДЦ также повышает удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, оказываемой в Клиниках.

Подготовка документов по заключению договоров с организациями, проводящимися в соответствии с 44-м Федеральным законом, осуществляется специалистами СКДЦ, ежегодно ими готовится от 20 до 40 пакетов аукционной документации для торгов. Как уже отмечалось выше статистическим и финансовым учетом медицинских услуг, оформлением медицинской документации занимаются специалисты отдела ДМС.

Структура доходов по ДМС и договорам с организациями в разрезе подразделений Клиник СамГМУ представлена на диаграмме 2.

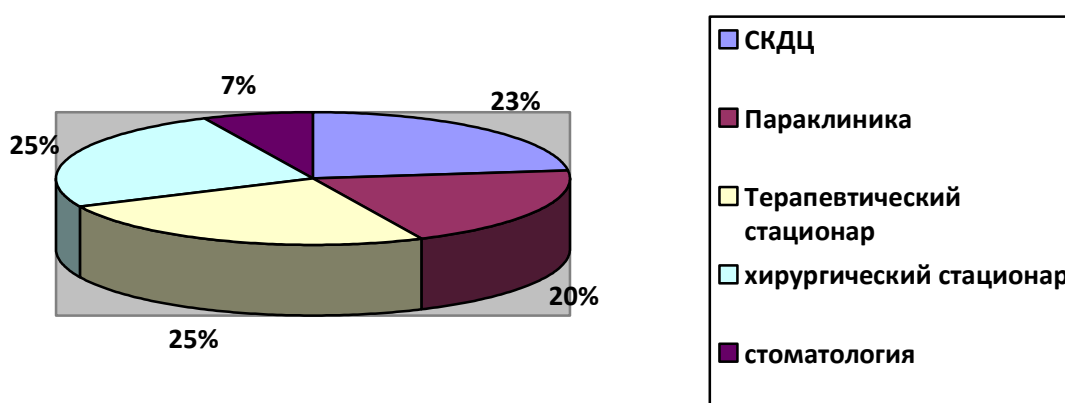


Диаграмма 2. Структура доходов по отделениям Клиник СамГМУ

Как следует из данных диаграммы, удельный вес СКДЦ составляет 23 % от доходов Клиник.

Рост доходов СКДЦ, как и параклинических отделений (клинико-диагностической лаборатории, отделения функциональной и ультразвуковой диагностики, рентгенологического отделения), напрямую зависит от активности работы персонала специализированного консультативно-диагностического центра по заключению договоров. Подход СКДЦ к организации работы по ДМС может быть тиражирован и применен при организации оказания стоматологической помощи в Клиниках СамГМУ.

С точки зрения политики постоянного улучшения качества организация медицинской помощи по внебюджетной деятельности в Клиниках построена таким образом, чтобы риск ошибок был сведен к минимуму. Перекрестная многоуровневая система проверок позволяет значительно сокращать финансовые потери при выставлении счетов страховой компании.

Постоянная систематическая работа с обращениями застрахованных лиц, с внедрением корректирующих мероприятий, при выявлении сбоев или отклонений в организации медицинской помощи позволяет повышать удовлетворенность пациента оказанными медицинскими услугами [2].

Оказание специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, организованное в СКДЦ Клиник на высоком профессиональном уровне, позволяет Клиникам СамГМУ быть в числе клиник, приоритетных для страховых компаний.

Идеальная клиника для страховой компании – это многопрофильная медицинская организация, имеющая все профили помощи (терапия, хирургия, гинекология, стоматология и т.д.), оказываемой в стационарных и амбулаторных условиях, наличие диагностических отделений с часами работы с 8 до 20 и шестидневной рабочей неделей. В такой клинике есть доверенное лицо или даже отдел по работе со страховыми компаниями, клиника лояльна к экспертизе, проводимой страховыми компаниями.

Заключение. Таким образом, организация оказания медицинской помощи по ДМС в Клиниках СамГМУ доказала свою эффективность и в условиях дефицита финансовых средств системы обязательного медицинского страхования является важным направлением деятельности любой медицинской организации. Предлагаемая модель, представляющая замкнутый цикл от профилактики, диагностики, лечения до реабилитации, реализует командный принцип работы, являясь связующим звеном в работе амбулаторно-поликлинической службы, параклинических отделений и стационара в новых экономических условиях, когда медицинской организации не стоит надеяться только на государственное задание, но и приходится заниматься активным поиском источников дохода по внебюджетной деятельности.

Список литературы

1. Кадыров Ф.Н. Платные услуги в здравоохранении. Т.1. – Москва: ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – 220 с
2. Кальдин К. Бизнес-консультант просто обязан "тренировать" несколько клиентов. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vladmedicina.ru/articles/intervyu/2012-02-26-konstantin-kaldin.htm> (дата обращения: 21.09.16).
3. Лосев И.И., Булгакова С.В., Киселева И.В. Организация работы в системе добровольного медицинского страхования в многопрофильной медицинской организации // Сборник работ «Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе». – Самара, 2015. – С.161-164.

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70095856/#ixzz3lhM9hgJF> (дата обращения: 20.10.15).

5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/361898/#ixzz3lhLr1z68> (дата обращения: 15.09.15).