

«Страховой представитель – активный помощник пациента в организации лечения»

20 Марта 2017, 8:00



Два этапа общероссийского проекта по страховым представителям запущены по всей стране. Что это даст нового и полезного для пациента, как участвуют в нем страховые медицинские организации – рассказывает генеральный директор ООО «Росгосстрах-Медицина» Надежда Гришина.

– Кто такие страховые поверенные?

– Страховые представители, или поверенные, – это сотрудники страховых медицинских организаций, прошедшие специальное обучение, в обязанности которых как раз и входят функции по сопровождению пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, курирование хода лечения и оказание при необходимости правовой поддержки. Теперь это не обезличенный страховщик, выдавший полис, а активный помощник в организации лечения, консультант пациента по любым вопросам, связанным с системой здравоохранения, эксперт в разрешении спорных ситуаций.

– За какой срок планируется реализовать проект по страховым представителям? Какая роль им отводится в процессе оказания медпомощи?

– Общенациональный проект по созданию института страховых представителей запущен с 1 июля 2016 года. Проект осуществляется в сфере обязательного медицинского страхования во всех регионах, имеет три этапа, каждый этап отражает запуск работы представителей первого, второго и третьего уровней, завершение третьего этапа – 2018 год. Главная и конечная цель проекта – создать отдельную структуру для пациентов. Задача этой структуры – помогать нашим соотечественникам взаимодействовать с системой здравоохранения. Такой подход должен обеспечить россиянам возможность получить медицинскую помощь в удобном месте, в нужное время, качественно и в полном объеме. А если работают эти три составляющих, то возникает и самое главное – удовлетворенность от полученного лечения. Конечно, в вопросах доступности и качества медицинской помощи ни одна страна мира пока не добилась идеальных результатов, все в поиске эффективных механизмов, но и я, и мои коллеги из страхового сообщества считаем, что создание института страховых поверенных в системе ОМС как раз возможность решения указанных вопросов и проблем в нашей стране на качественно новом уровне.

– Когда у каждого гражданина появится такой нужный человек?

– Со второго полугодия 2016 года запущен первый этап проекта: начали работать единые контакт-центры в сфере ОМС. Они организуются в территориальных фондах ОМС и во всех работающих в системе ОМС страховых компаниях и технологически связаны между собой в пределах одного региона. Операторы контакт-центров, работающие в страховых компаниях, – это страховые представители первого уровня. Они принимают звонки, отвечают на вопросы и дают первичные консультации по телефону, касающиеся в том числе вопросов получения бесплатной медицинской помощи, условий и сроков ее предоставления, выбора медицинской организации для плановой медицинской помощи, и другим моментам. Если ответ на поступивший вопрос не относится к типовым и требует более высокой квалификационной подготовки специалиста, то задача страхового представителя первого уровня – быстро разобраться в том, какому специалисту этот вопрос надо передать.



На втором этапе проекта, который начался с 1 января 2017 года, к работе приступили страховые представители второго уровня. Именно на них падает основная нагрузка по информационному сопровождению пациентов, проведение работы по информированию населения и отслеживанию результатов этого информирования. Страховые представители второго уровня будут работать как в страховых компаниях, так и непосредственно в медицинских организациях. На заключительном этапе, который начнется с 1 января 2018 года, подключатся страховые представители третьего уровня – квалифицированные специалисты и эксперты качества медицинской помощи страховых медицинских организаций. На них ложится вся работа с поступившими жалобами на оказанную медицинскую помощь, организация представления интересов пациентов на досудебном и судебном уровнях в конфликтных ситуациях. Именно на них возлагаются и функции, связанные с формированием приверженности к лечению и ответственного отношения к здоровью у пациентов.

– Сопровождение пациента во время лечения, проведение экспертиз качества оказанной медицинской помощи – все это требует определенной квалификации страховых представителей. Как решается кадровый вопрос?

– Страховые представители, работающие на всех трех уровнях, требуют соответствующей подготовки. Исходя из утвержденных функциональных обязанностей были разработаны специальные образовательные программы для их подготовки, которые начали внедряться с апреля 2016 года. Для страховых представителей второго и третьего уровней определен и рекомендован перечень образовательных учреждений для прохождения обучения. Первый цикл обучения был открыт на кафедре социологии медицины, экономики

здравоохранения и медицинского страхования Первого медицинского университета им. И.М. Сеченова в Москве 11 апреля.

Страховые медицинские компании за счет собственных средств проводят обучение страховых представителей различных уровней: от оператора контакт-центра до высококвалифицированного врача-эксперта. По данным Федерального фонда ОМС, на конец 2016 года порядка 6 тысяч страховых поверенных первого и второго уровней уже прошли обучение. В нашей компании на сегодня прошли обучение по программе подготовки страховых представителей 1 447 человек.

– Помимо кадровых, как вы решаете организационные, технологические задачи, стоящие перед страховой компанией как перед участником проекта?

– На мой взгляд, главное в данном проекте – объединение сил и возможностей Минздрава России, Фонда ОМС, страховых медицинских организаций в создании действительно качественной, комфортной и доступной для каждого медицины. Мы стремимся максимально эффективно отработать наши задачи. Технологические разработки «Росгосстрах-Медицины» и первоначальные результаты их применения в реализации проекта были представлены на совещании у министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой, на расширенном совещании Совета директоров территориальных фондов ОМС, на прошедшем 19 декабря 2016 года заседании Общественного совета при Минздраве РФ. Главное в представленных нами материалах – это комплексный системный подход.

Разработанные в компании методические материалы – стандарты обслуживания застрахованных – сейчас являются для наших работников основным учебным пособием, помогают быстро и качественно отвечать на обращения граждан и принимать по ним единственно правильные решения. Чтобы работа с обращениями происходила максимально оперативно, компания разработала специализированное программное обеспечение, которым оснащаются рабочие места специалистов. Программа позволяет быстро идентифицировать обратившегося, предоставлять информацию о прикреплении к медицинской организации, формировать справки об объемах и стоимости полученного лечения, осуществлять мониторинг групп застрахованных, подлежащих в текущем периоде диспансеризации, для дальнейшей информационной работы. Программное обеспечение имеет возможность интеграции с внешними информационными системами, предусматривает фиксацию всех поступивших обращений в электронном журнале для его использования страховыми представителями всех уровней.

Материалы компании получили высокую оценку и были рекомендованы руководством ведущих федеральных ведомств для применения в регионах, где также идет внедрение института страховых представителей.

– Как выглядит на практике реализация первого и второго этапов проекта? Можно говорить о каких-то первых результатах?

– В «Росгосстрах-Медицине» имеется единая консультативно-диспетчерская служба (КДС), работающая в круглосуточном режиме, а также контакт-центры во всех региональных филиалах (43 региона). Количество страховых представителей первого уровня в этих контакт-центрах составляет от одного до четырех в зависимости от численности обслуживаемых лиц и их активности. Страховые представители первого уровня работают на прием звонков из нескольких каналов поступления:

- операторы единых контакт-центров, созданных на базе территориальных фондов ОМС (в среднем это 20% поступающих звонков);
- обращения, поступившие по контактными телефонам самого филиала;
- обращения из единой КДС компании, автоматически переадресуемые в филиал в рабочее время при идентификации региона.

Прием поступающих в контакт-центр звонков производится с их регистрацией в едином электронном журнале. В случае поступления вопроса, требующего более высокой компетенции или специализированных знаний, звонок переводится на страховых представителей второго и третьего уровней. В среднем мы имеем до 1 700 обращений в день.

Анализируя итоги 2015 и 2016 годов, можно отметить, что в структуре обращений увеличился удельный вес обращений, связанных с оказанием медицинской помощи: в 2015 году они составляли 17% от всех обращений, а в 2016 году – 30%. Практически в два раза увеличилось количество обращений с обоснованными жалобами на качество и доступность медицинской помощи.

Это реальная работа не только в момент обращения пациента в свою страховую медицинскую организацию с проблемами и вопросами, но и инициатива страховой компании, которая предоставляет информацию застрахованным об их правах и обязанностях, о важности прохождения диспансеризации, о возможности получения высокотехнологичной помощи. Если говорить об объемах только по диспансеризации, по информации Федерального фонда ОМС, в 2017 году диспансеризацию должны пройти 23 млн россиян. По сведениям Межрегионального союза медицинских страховщиков, страховые медицинские организации в 2017 году разошлют владельцам полисов ОМС почти 70 млн СМС и писем с напоминанием о необходимости пройти диспансеризацию.

С начала текущего года мы осуществляем массовые информационные публикации о диспансеризации в печатных изданиях регионов, распространяем информационную продукцию, проводим СМС-информирование с приглашением пройти диспансеризацию. При этом мы убеждены, что находимся только в самом начале пути и сделать нам предстоит гораздо больше, чем сделано на сегодня.

Подробнее: http://www.vademec.ru/article/strakhovye_predstaviteli-dva_etapa_proekta_zapushcheny/