

Согласно страховым принципам

Как известно, в своем послании Федеральному собранию 4 декабря 2014 г. Президент РФ Владимир Путин подчеркнул необходимость в течение ближайшего года «завершить переход к страховым принципам» работы отечественной системы здравоохранения и создать условия для того, чтобы эти принципы были понятны и пациенту, и медикам. Очевидно, что страховые медицинские организации могут способствовать достижению заявленных целей. Среди выполняемых ими функций хотелось бы выделить те, которые в первую очередь работают на завершение этого перехода.



Надежда ГРИШИНА,
генеральный директор
ООО «Росгосстрах-Медицина»,
ЗАО «Капитал Медицинское
страхование»



Галина АРТЕМЬЕВА,
директор филиала ЗАО
«Капитал Медицинское страхова-
ние» в Рязани,
доктор медицинских наук

Действенная форма управления

Качество оказания медицинских услуг и организация медицинского процесса в целом — одна из наиболее важных и обсуждаемых тем. Из области взаимоотношений медицинского работника и пациента эта проблема перешла в область нормативного регулирования, стала объектом юридических споров и судебных процессов, а также одним из центральных звеньев экономических отношений, влияя на оплату медицинской помощи. В связи с этим перед организаторами здравоохранения встает важная задача — создать и наладить в каждой медицинской организации комплексную систему управления качеством, которая максимально предотвратит возможность возникновения конфликтных ситуаций и позволит повысить эффективность работы сферы оказания медицинских услуг.

Надо заметить, что возможности страховых компаний в управлении качеством медицинской помощи достаточно велики. Страховые медицинские организации осуществляют сбор, обработку данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинских услугах, оказанных застрахованным лицам, проводят контроль качества предоставляемой медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации программы ОМС. Такой массив информации позволяет осуществлять всесторонний анализ оказываемой медицинской помощи, применяемых медицинских технологий, используемых

ресурсов, допущенных дефектов. При необходимости на его основе можно выработать предложения по совершенствованию ресурсного и организационного обеспечения, соответствию технологии оказания медицинских

услуг стандартам, протоколам и клиническим пособиям, что позволит повысить медицинскую и социальную результативность.

Постоянный мониторинг показателей, характеризующих качество медицинской помощи, позволит поддерживать необходимый технологический и организационный уровень оказания медицинских услуг и настроить работу медицинских организаций на дальнейшее совершенствование. Выявляя дефекты в процессе оказания медицинской помощи, профессионально аргументируя претензии и вырабатывая предложения по устранению и профилактике выявленных нарушений, СМО по отношению к медицинским работникам выступает стимулом для непрерывного обучения и саморазвития. Результаты экспертного контроля могут стать основой для проведения аудита в медорганизациях — одной из действенных форм управления качеством медицинской помощи. Более того, оперативно контролируя объемы медпомощи, владея информацией о половозрастной структуре застрахованного кон-

тингента и уровне заболеваемости, страховая компания может эффективно осуществлять планирование потоков пациентов в различные медицинские организации, санкционирование получения некоторых видов плановой медпомощи с учетом выбора пациентом медицинской организации, что сокращает сроки ожидания больными места в стационаре, уменьшает вероятность отказа в госпитализации, экономит время врача и самого больного и, как следствие, способствует повышению удовлетворенности населения медицинской помощью.

Между врачом и пациентом

Важно выделить и еще две существенные составляющие работы СМО.

С одной стороны, особая роль страховых медицинских организаций заключается в работе с застрахованными пациентами по повышению правовой грамотности в сфере оказания медицинской помощи и формированию

оказания медицинской помощи для застрахованного контингента, контролируя объемы, сроки и условия предоставления медицинской помощи, при необходимости привлекая эксперта-специалиста, то есть выступая представителем интересов пациента, нивелирует проблему асимметрии информации у пациента и медицинского работника. В случае неправомерного взимания денежных средств за оказание медицинских услуг страховая медицинская организация в досудебном порядке способна решить с медицинской организацией вопрос возврата денежных средств застрахованному гражданину или осуществлять юридическое сопровождение судебного разрешения вопроса, если его не удалось решить в досудебном порядке.

Важной функцией страховой медицинской организации является и систематическое проведение социологических опросов населения, которое позволяет оценить удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

го контингента в медицинских услугах (с учетом половозрастной структуры обслуживаемого населения, социального статуса, условий проживания и работы, климатогеографических условий) и фактического объема оказываемой медицинской помощи страховая медицинская организация может провести расчеты плановых объемов медицинской помощи по условиям ее предоставления и уровням оказания с учетом этапности и финансовых ресурсов, обеспечивающих выполнение территориальной программы ОМС.

По мнению главы нашего государства, «базовый вопрос — это реальный переход к страховому принципу в здравоохранении», что предполагает существенное изменение правил работы страховых медицинских организаций, включая переход от администрирования платежей по факту оказания услуг к эффективному управлению расходами на застрахованных, в том числе и путем возложения на страховые медицинские организации части финансовых рисков по оплате медицинской помощи. Источником покрытия финансовых рисков должны стать формируемые страховыми компаниями резервы и возможности их инвестирования на условиях, определенных и контролируемых государством.

При этом переход к страховым принципам подразумевает не только формирование рисков составляющей, но и развитие предупредительной функции на базе страховой медицинской организации, в рамках которой часть страховых резервов могла бы использоваться на уменьшение степени и последствий страхового риска. Например, на финансирование мероприятий, направленных на повышение уровня участия застрахованных лиц в своевременном прохождении диспансеризации, оздоровительных процедурах, отказе от вредных привычек и другие цели. Именно такие мероприятия при предоставлении страховым компаниям соответствующих законодательных полномочий могли бы способствовать эффективному управлению расходами на застрахованных лиц.

Все вышеперечисленное при должном подходе к организации такой работы позволит страховым медицинским организациям существенно повысить эффективность здравоохранения России в новых условиях, и страховщики к этому готовы.

В настоящее время при планировании объемов медицинской помощи и обеспечивающих их ресурсов возможности страховых компаний практически не используются

ответственности за свое здоровье. Деятельность страховых представителей в медицинских организациях позволяет не только оперативно проконтролировать своевременность и доступность медицинской помощи, решить на месте многие организационные проблемы, объяснить права и обязанности гражданина в сфере здравоохранения, но и вести работу с группами хронических больных по формированию образа жизни, позволяющего стабилизировать заболевание и сократить количество обращений к врачу. Такая работа способствует сохранению здоровья населения, предупреждает перерасход ресурсов системы ОМС, а также положительно влияет на пациентов и медицинских работников, делая их активными союзниками в борьбе с болезнью.

С другой — исключительная задача страховых медицинских организаций заключается в ограничении «естественной монополии медицинских работников» на знание природы заболевания и методов диагностики и лечения. Страховая компания, организуя

Анкетирование застрахованных граждан способствует пониманию проблем, которые тревожат общество, выявлению тех направлений сферы здравоохранения и обязательного медицинского страхования, которые нуждаются в развитии.

Преимущество в планировании

Еще один существенный момент — необходимость усиления планово-финансовых функций страховых медицинских организаций для реализации поручения президента. В настоящее время при планировании объемов медицинской помощи и обеспечивающих их ресурсов возможности страховых компаний практически не используются, хотя преимущества СМО в планировании объемов медицинских услуг особенно проявляются при финансировании медицинских организаций, находящихся на полном или частичном фондодержании.

На основе расчета вероятности наступления страхового случая, комплексного анализа потребностей застрахованно-