

ФУНКЦІІ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В РОБОТІ ІЗ ЗАСТРАХОВАНИМИ ОСОБАМИ

Дедалі частіше застраховані за договорами добровільного медичного страхування особи звертаються за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я різних форм власності і підпорядкування саме як клієнти страхових організацій. Отже, для персоналу медичного закладу доречно провести особливий інструктаж щодо особливостей роботи зі страховими організаціями та їх клієнтами — застрахованими особами. Бажано донести до середнього медичного персоналу основні положення сервісних договорів, згідно з якими відбувається обслуговування застрахованих



Юрій Мочалов,
канд. мед. наук,
доцент ДВНЗ
«Ужгородський
національний
університет»

І ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ СЕРВІСНИХ ДОГОВОРІВ

Договір добровільного медичного страхування є угодою між фізичною (юридичною) особою та страховою організацією, виконаною в письмовій формі, предметом якої є надання за відповідну плату фінансової послуги особливого виду — страхового захисту на випадок виникнення страхового випадку (гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, профілактичного огляду або просто звернення до закладу охорони здоров'я у зв'язку із порушенням стану здоров'я).


Страховий захист за договорами добровільного медичного страхування, які діють на території України, полягає у перебиранні страховою організацією на себе ризику виплати відшкодування суми збитків, які можуть бути понесені фізичною особою в разі настання страхового випадку.

Найчастіше договори добровільного медичного страхування мають обмеження в максимальних виплатах (ліміти відшкодування), можуть мати ліміти на кратність оплачуваних страхових випадків протягом якогось календарного періоду, а також обмеження щодо профілю медичної допомоги, відсотку відшкодування вартості (франшиза), виду медикаментів, вартість яких відшкодовує страхова організація. Такі договори обов'язково містять переліки винятків зі страхових випадків, тобто перелік захворювань і патологічних станів, у разі настання яких страховик не несе фінансових зобов'язань перед своїми клієнтами (застрахованими особами).

Уклавши договір про добровільне медичне страхування, страховик видає застрахованій особі сервісну картку (раніше — поліс) та другий примірник підписаного договору добровільного медичного страхування, хоча останній документ може бути не обов'язковим у тих випадках, коли страхування співробітників підприємства проводиться «пакетно», згідно з генеральним договором добровільного медичного страхування членів трудового колективу та членів їхніх сімей, і, відповідно, індивідуальні договори добровільного медичного страхування не оформлюються. Також в договорі додатково прописуються види і форми виплати страхового відшкодування — виплата грошових коштів на руки застрахованим особам (або іншим особам — вигодонабувачам), відшкодування вартості придбаних медикаментів або надання їх від договірних аптечних закладів, оплата медичних послуг їх провайдером.

Для організації медичного обслуговування (надання медичної допомоги) застрахованих осіб страховики або їх довірені особи (асистантські організації) укладають із лікувально-профілактичними закладами окремі договори про обслуговування, згідно з якими і проводяться всі процедури обслуговування застрахованих осіб та виконуються взаєморозрахунки за надані послуги (медичну допомогу).

Окремі асиранси не є страховими організаціями, вони надають додаткові послуги під час урегулювання страхових випадків (організації послуг і допомоги, що передбачені у випадку настання страхового випадку за договором добровільного медичного страхування), вони не мають ліцензій на медичну практику, хоча в них можуть працювати висококласні фахівці в галузі медицини. Такі асиранси мають право виступати у відносинах із медичними, аптечними та оздоровчими закладами від імені клієнта (застрахованої особи) та від імені страхової організації. Обсяг прав і обов'язків асирантських компаній визначається договорами доручення, укладеними із страховими



ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Найчастіше договори добровільного медичного страхування мають обмеження в максимальних виплатах (ліміти відшкодування), можуть мати ліміти на кратність оплачуваних страхових випадків протягом якогось календарного періоду, а також обмеження щодо профілю медичної допомоги, відсотку відшкодування вартості (франшиза), виду медикаментів, вартість яких відшкодовує страхова організація

компаніями, і частково прописуються у самих договорах добровільного медичного страхування, особливо у статтях, які можуть тлумачитися су-перечливо.

Організуючи процедуру обслуговування клієнтів страхових (асистанських) організацій, середній медичний персонал закладу доцільно ознайомити із порядком обслуговування застрахованих осіб, що зафіксований у сервісному договорі, укладеному між лікувально-профілактичним закладом і страховиком.

Страхові випадки в добровільному медичному страхуванні зазвичай класифікують як амбулаторно-поліклінічні, стаціонарні, випадки, пов'язані із пологами, веденням вагітності, медичними оглядами тощо.

Організація допомоги за конкретним страховим випадком розпочинається в лікувально-профілактичному закладі з моменту надходження до закладу охорони здоров'я запиту на обслуговування застрахованої особи. До

лікувально-профілактичного закладу звертаються співробітники медичного контакт-центру страховика або окремого довіреного підприємства (асистанс). Для звернення до лікувально-профілактичного закладу застосовуються всі доступні засоби зв'язку — телефонний зв'язок, факсимільний зв'язок, електронна пошта тощо.

Найчастіше першою особою, яка відповідає на звернення страхової організації (асистансу), є штат-

ний співробітник закладу охорони здоров'я — медичний реєстратор або медична сестра, яка виконує обов'язки координатора від закладу під час обслуговування застрахованих осіб.

Для організації обслуговування застрахованої особи необхідно отримати таку інформацію:

- 1) повна назва страхової організації (асистансу);
- 2) прізвище, ім'я, по батькові застрахованої особи;
- 3) номер договору добровільного медичного страхування;
- 4) скарги та наявність проблеми зі здоров'ям застрахованої особи;
- 5) вид допомоги (послуг), якої потребує застрахована особа або страховик;
- 6) побажання щодо часу і дати звернення застрахованої особи до клініки;
- 7) особливості умов договору добровільного медичного страхування, згідно з яким відбувається відшкодування за цим страховим випадком — наявність лімітів, обмежень щодо виду допомоги, яка відшкодовується, обмежень щодо переліку медикаментів, вартість яких компенсується страховиком, обмежень за видом процедур, що передбачені договором добровільного медичного страхування;



ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Для організації медичного обслуговування (надання медичної допомоги) застрахованих осіб страховики або їх довірені особи (асистанські організації) укладають із лікувально-профілактичними закладами окремі договори про обслуговування, згідно з якими і проводяться всі процедури обслуговування застрахованих осіб та виконуються взаєморозрахунки за надані послуги (медичну допомогу)

- 8) наявність франшиз та інших особливих умов за договором;
- 9) усна гарантія оплати послуги за страховим випадком;
- 10) прізвище співробітника страхової організації (асистансу), який звернувся до лікувально-профілактичного закладу (гарантував покриття випадку страховиком).

Усі перелічені відомості бажано фіксувати в письмовій формі (це може бути спеціально заведений журнал для запису застрахованих осіб). Після чого працівник узгоджує і уточнює можливість організації запитаних послуг у закладі та час візиту застрахованої особи і здійснює запис застрахованої особи на прийом в інших структурно-функціональних підрозділах лікувально-профілактичного закладу.

Коли застрахована особа прийде на прийом, необхідно провести ідентифікацію її за документами, що посвідчують особу, та документами, виданими страховою організацією, які підтверджують її страховий захист за договором добровільного медичного страхування. Чинними документами, які посвідчують особу, в Україні вважаються — внутрішній і закордонний паспорти громадянина України, тимчасовий паспорт, службовий паспорт, посвідчення військовослужбовця, моряка, військовий квиток, паспорт громадянина іншої держави, посвідка на постійне проживання в Україні.

Досить часто застраховані особи вдаються до практики приводити своїх родичів і знайомих, які не мають договору добровільного медичного страхування.

Документом, який посвідчує наявність страхового захисту, може бути оригінал чинного договору добровільного медичного страхування та сервісна картка, видана страховиком застрахованій особі після укладення договору. У сервісній картці має міститися така інформація:

- 1) прізвище, ім'я, по батькові застрахованої особи;
- 2) повна назва страхової організації;
- 3) назва документа;
- 4) номер договору добровільного медичного страхування (або індивідуальний номер застрахованої особи у випадку укладання генерального договору добровільного медичного страхування);
- 5) найменування програми страхування;
- 6) наявність франшиз;
- 7) перелік контактних телефонів страховика (асистантської компанії);
- 8) поштова та електронна адреса страховика;
- 9) інша опційна інформація.

Як свідчить досвід, взаємодія страхових організацій і лікувально-профілактичних закладів організовується таким чином:

- ◆ повний супровід страхового випадку та контактування на кожному етапі через контакт-центр страховика (асистансу);
- ◆ через довіреного лікаря (або координатора), який є штатним співробітником лікувально-профілактичного закладу і за сумісництвом є представником (агентом) страховика або асистансу — в таких випадках участь контакт-центру буде менш вираженою;

- ◆ повністю через приймальний покій лікувально-профілактичного закладу — найчастіше у випадках масового обслуговування застрахованих осіб при корпоративному страхуванні співробітників великих підприємств і галузевих промислових об'єднань — у таких випадках звернення до контакт-центру здійснюється у разі виникнення проблем з ідентифікацією застрахованої особи, потреби уточнення розмірів страхового відшкодування за страховим випадком.

У деяких закладах можливе застосування для запису електронної пошти, проте для захисту даних та можливості верифікації аплікантив повідомлень бажано застосовувати закриті системи електронної пошти, або термінал лікувально-профілактичного закладу має бути підключений (постійно або на віддаленому доступі) до інформаційної системи контакт-центру страховика (асистансу).

Для прикладу — бізнес-рішення системи LotusNotes або застосування технології цифрового підпису.

Особливої уваги заслуговує питання фінансових гарантій оплати обслуговування застрахованих осіб у медичному закладі. Такі види додаткового гарантування оплати часто запитуються у замовника у випадках застосування високовартісних методів обстеження та лікування

методів обстеження та лікування. Згідно з чинним законодавством України додатковим документом фінансового забезпечення оплати є гарантійні листи, які доволі часто запитуються лікувально-профілактичними закладами під час роботи зі страховими організаціями. В українському правовому полі гарантійний лист має бути підписаний першою особою страхової організації або іншою особою, якій делеговано таке право відповідно до виданих і офіційно оформлених довіреностей (доручень). Часто до такого листа може надаватися копія довіреності для засвідчення права особи підписувати документи.

Співробітникам лікувально-профілактичних закладів варто пам'ятати, що підписання договору або гарантійного листа не уповноваженою на виконання таких правочинів особою не несе для страхової організації ніяких правових наслідків, і, відповідно, всі претензії за такими документами можуть бути відхилені як безпідставні.

■ ОБСЛУГОВУВАННЯ ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ


Після процедури ідентифікації застрахованої особи заповнюються первинна медична документація та додаткові внутрішні типові форми закладу, що розроблені для обслуговування застрахованих осіб (також можливе заповнення таких форм в електронному вигляді). На наступному етапі застрахованій особі надається медична допомога (послуги).



ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Особливої уваги заслуговує питання фінансових гарантій оплати обслуговування застрахованих осіб у медичному закладі. Такі види додаткового гарантування оплати часто запитуються у замовника у випадках застосування високовартісних методів обстеження та лікування

Після встановлення діагнозу та призначення подальших клінічних обстежень або лікування відповідальна особа (координатор) має контактувати зі співробітником контакт-центру страхової організації і узгодити план лікування, а також придбання медикаментів, які призначені для лікування застрахованої особи, за рахунок страхової організації. Також погоджуються дати наступних візитів застрахованої особи до лікувально-профілактичного закладу та орієнтовна кількість повторних консультацій. Кожне погодження має бути зафіксовано в первинній медичній документації із зазначенням прізвища відповідальної особи страховика (асистансу), які надавали такі погодження. В подальшому про всі зміни стану застрахованої особи, які впливають на узгоджений план лікування або обстежень, також необхідно повідомляти страховика.

Існують певні особливості в обліку медикаментів, які надаються застрахованим особам під час їх перебування на лікуванні. У разі забезпечення пацієнта медикаментами із фондів лікувально-профілактичного закладу вони обліковуються на загальних підставах, як усі бюджетні медикаменти. Якщо налагоджено окреме цільове забезпечення застрахованих осіб медикаментами в лікувально-профілактичних закладах, такі медикаменти обліковуються і зберігаються окремо, позабюджетно. У разі самостійного придбання медикаментів застрахованою особою або доставки їх від страхової організації слід організувати за такими засобами контроль відповідності умов зберігання, особливо холододового режиму за необхідності.



ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Після встановлення діагнозу та призначення подальших клінічних обстежень або лікування відповідальна особа (координатор) має контактувати зі співробітником контакт-центру страхової організації і узгодити план лікування, а також придбання медикаментів, які призначені для лікування застрахованої особи, за рахунок страхової організації

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСОБЛИВИХ УМОВ ПЕРЕБУВАННЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ В ЗАКЛАДІ

У ряді випадків, за наявності високого рівня відшкодування за договором добровільного медичного страхування умов щодо особливого сервісу для застрахованих осіб та за сприяння адміністрації договірному лікувально-профілактичного закладу, організуються додаткові послуги для застрахованих осіб на час перебування в медичному закладі — такі, як надання палати підвищеного комфорту, надання індивідуальної палати, організація особливого режиму або додаткового харчування, організація догляду за пацієнтом, надання індивідуального посту медичної сестри.

Зрозуміло, що організація додаткових немедичних послуг потребує наявності відповідних фінансових та кадрових ресурсів у медичного закладу.

І ЗАХИСТ ІНФОРМАЦІЇ

Під час обслуговування застрахованих осіб співробітники лікувального закладу середньої ланки знайомляться з інформацією, яка може містити персональні дані фізичних осіб, а також інформацією, яка може становити медичну (лікарську) таємницю — до останньої належить інформація про наявність-відсутність окремих захворювань, відомості про стан здоров'я, виконані та рекомендовані методи обстеження, хірургічні втручання. До лікарської таємниці належить також сам факт звернення фізичної особи до лікувально-профілактичного закладу. Режим захисту конфіденційної інформації при взаємодії із підрозділами страхових (асистантських) організацій визначено у договорах добровільного медичного страхування та договорах про надання медичних послуг (допомоги), укладених між лікувально-профілактичним закладом і страховиком. Така інформація не може бути повідомлена третім особам (за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України), така інформація не може повідомлятися колегам із власного медичного закладу, які не залучені до врегулювання конкретного страхового випадку.

Будь-яка інформація, яка стосується процесу обслуговування застрахованої особи, змісту програм страхування, змісту типових формалізованих алгоритмів та регламентів обслуговування застрахованих за договорами добровільного медичного страхування осіб, умов тих же договорів та окремих умов сервісних договорів (про надання медичної допомоги — послуг), змісту звітної документації та подробиць взаєморозрахунків між сторонами за договорами, не може бути повідомлена третім особам, а також розголошена з огляду на те, що вона становить службову (комерційну) таємницю, або на неї поширюється вимога конфіденційності, зафіксована в умовах сервісного договору.

І ОСОБЛИВИЙ РЕЖИМ ОБІГУ ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО ВІЛ

Чинне законодавство України, яке регулює взаємовідносини, пов'язані із діагностикою, виявленням та лікуванням ВІЛ-інфекції у громадян України, іноземців та осіб без громадянства, передбачає максимальний захист інформації, яка стосується таких випадків, обов'язково добровільний характер виконання діагностичних тестів на виявлення ВІЛ-інфекції та добровільний характер лікування. Законодавство України передбачає захист прав людей, що живуть з ВІЛ, і запобігає проявам будь-якої дискримінації через наявність цієї хвороби.

Обов'язком адміністрації лікувально-профілактичного закладу є підтримка високого рівня санітарного режиму закладу, правильне поводження з медичними відходами та їх переробка, забезпечення медичного персоналу індивідуальними засобами захисту на робочому місці, забезпечення страхування на випадок розвитку захворювань, пов'язаних із професійною діяльністю, проведення періодичних навчань персоналу, створення відповідних умов та алгоритмів взаємодії на випадок аварій на робочому місці (до таких аварій

належать контакт медичних працівників із біологічними рідинами пацієнтів, поранення забрудненими медичними інструментами тощо).


На виконання вимог національного законодавства та санітарних норм кожен пацієнт вважається гіпотетично інфікованим тим чи іншим захворюванням і може розцінюватися як гіпотетичне джерело біологічної небезпеки для медичного персоналу.

■ КОНФЛІКТИ ІЗ ЗАСТРАХОВАНИМИ ОСОБАМИ

Як свідчить практика, під час обслуговування застрахованих осіб досить часто виникають непорозуміння і конфліктні ситуації. Цьому сприяють ряд факторів і умов як з боку застрахованих осіб, так і лікувально-профілактичних закладів і страхових організацій. Оскільки середній медичний персонал контактує із застрахованими особами частіше, ніж лікарський персонал, відповідно, безпосередніми учасниками конфліктних ситуацій стають саме вони.

Хоч би як це звучало претензійно і необ'єктивно, однак у населення України досить слабо розвинена культура страхування і культура догляду за власним здоров'ям. Це призводить до того, що застраховані за договорами добровільного медичного страхування пацієнти часто не зовсім усвідомлюють суті тих фінансових послуг, які вони отримують, і власні права на отримання того чи іншого рівня сервісу і додаткових матеріальних благ часто розцінюють доволі гіпертрофовано. До того ж більшість застрахованих осіб не володіють професійними знаннями у сфері медицини і часто сприймають професійну інформацію на побутовому рівні. Це призводить до формування хибних суджень щодо рівня кваліфікації медичного персоналу, щодо виконуваних додаткових методів медичних досліджень, тактики лікування та формує неправильні уявлення щодо якості лікування та оцінки результатів лікування.

Якщо взяти до уваги те, що наявність гострого захворювання або загострення хронічного захворювання у особи суттєво впливає на її психоемоційний стан, то ймовірність виникнення необґрунтованих претензій з боку пацієнта та агресивної поведінки внаслідок невротичних реакцій істотно зростає. До того ж наявність захворювання у особи досить часто формує реакції, подібні до психологічного «вампіризму». І, відповідно, «донорами» для таких «вампірів» передусім стають медичні працівники середньої ланки. А за наявності у пацієнта договору добровільного медичного страхування кількість вимог і претензій може зростати на порядок.



ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Чинне законодавство України, яке регулює взаємовідносини, пов'язані із діагностикою, виявленням та лікуванням ВІЛ-інфекції у громадян України, іноземців та осіб без громадянства, передбачає максимальний захист інформації, яка стосується таких випадків, обов'язково добровільний характер виконання діагностичних тестів на виявлення ВІЛ-інфекції та добровільний характер лікування

Для запобігання таким ускладненням адміністрації лікувально-профілактичного закладу доцільно організувати для власних співробітників періодичні навчальні заходи, на яких приділяти увагу психологічним аспектам перебігу хвороби у пацієнта, типології конфлікту, способам запобігання конфліктам і вирішенню конфліктних ситуацій. Ознайомлювати співробітників із методами управління конфліктними ситуаціями, способами «амортизації» і переведення взаємодії із пацієнтом з розряду конфлікту до взаємодії із ним.

Значний позитивний вплив на запобігання конфліктним ситуаціям із застрахованими особами та страховими організаціями взагалі виконує створення особливого режиму обслуговування застрахованих за договорами добровільного медичного страхування осіб, створення системи запису до спеціалістів клініки, запобігання утворенню черг та робочого перевантаження окремих структурних підрозділів закладу і окремих працівників. Отже, стратегічний вплив на якість та ефективність взаємодії лікувально-профілактичного закладу і страхової організації (асистансу) має етап ретельного аналізу та розробки договірної документації, створення алгоритмів обслуговування застрахованих осіб під час урегулювання страхового випадку.

І МОТИВАЦІЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

Робота щодо медичного обслуговування застрахованих за договорами добровільного медичного страхування осіб потребує проведення окремих організаційних заходів, додаткових зусиль медичних співробітників середньої і лікарської ланок, заповнення додаткових документальних форм, узгоджень із представниками страхових організацій і контакт-центрами асистансів. Тому у співробітників більшості лікувально-профілактичних закладах державної і комунальної форми власності робота зі страховими організаціями особливого ентузіазму не викликає.

Варіантом виходу із такої ситуації є організація додаткових мотиваційних заходів для співробітників закладу — найчастіше ефект має преміювання. З цією метою із коштів, отриманих від страхових організацій за надані медичні послуги (допомогу) застрахованим за договорами добровільного медичного страхування особам, може формуватися фонд для заохочення співробітників медичного закладу.

Для виконання мотиваційних заходів в умовах сервісного договору, укладеного із страховою організацією (асистансом), доцільно передбачити можливість використання отриманих від страхової організації коштів на свій розсуд, у тому числі для преміювання співробітників. Варто розробити та належним чином затвердити коефіцієнти нарахування такої винагороди для співробітників, залучених до обслуговування застрахованих осіб. Відповідні зміни необхідно внести до колективного договору лікувально-профілактичного закладу або окремо затвердити Положення про додаткову мотивацію співробітників.

Усі перелічені заходи сприятимуть ефективній співпраці медичного закладу із страховими організаціями і асистансами. ◆