sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 83

Маргарита МАРТЫНОВА,
исполнительный директор, ОАО СО «Якорь»

ПОКУПАЯ ДМС

Любой социальный пакет включает медицинскую страховку. Любой HR-директор должен оптимизировать затраты на персонал.

Что надо знать о кухне ДМС, чтобы сделать правильный выбор программы страховой медицинской программы?

Самый сильный инструмент мотивации

За последний год рынок ДМС вырос более чем на 40%. Популярность программ ДМС, покрывающих все возможные медицинские расходы, растет. Действительно, таким образом работодатель защищает себя от непредвиденных расходов на лечение своих сотрудников (особенно, если речь идет о госпитализации). Со своей стороны, сотрудникам не надо думать, где в случае чего искать врачей и как оплачивать их услуги.

sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 84

Для предприятия ДМС – самый сильный инструмент мотивации, и в этом направлении открываются все новые и новые возможности. Правильно организованная программа ДМС уменьшает количество больничных листов и их продолжительность, что, в конечном счете, сказывается на производительности труда и уменьшении расходов на персонал.

Однако чтобы при применении ДМС достичь максимально возможного эффекта, нельзя забывать о системном подходе к делу.

Параметры выбора

Добровольным медицинским страхованием сегодня занимается достаточно много страховщиков, конкуренция на рынке очень высокая. Как из них выбрать, что называется, своего? Рассмотрим варианты получения информации о страховщиках, наиболее надежных и успешных в сфере ДМС.

Самый простой и действенный способ поиска – рекомендации знакомых. Никто не расскажет обо всех достоинствах и недостатках работы со страховой компанией лучше, чем ее постоянные клиенты. Для ранжирования полученных данных обычно используют всего два параметра: соотношение цена-качество и надежность. Правда, в последнее время многие руководители HR-департаментов добавили к ним свои критерии оценки: удобство обслуживания, простота взаимодействия со страховщиком и лечебными учреждениями, уровень клиентского сервиса, скорость принятия страховщиком решений.

Обращаясь в лечебное учреждение за информацией о работе страховой компании, не следует забывать, что интересы сторон совпадают далеко не всегда.

Второй способ выбора страховщика – поиск данных в Интернете. Рейтинговые агентства постоянно публикуют информацию о страховых компаниях по видам страхования, выраженную в абсолютных цифрах поступлений и выплат.

Чтобы представление о работе страховых компаний было более объемным, можно обратиться за информацией непосредственно в лечебные учреждения. И это будет взглядом с «другой стороны баррикад». Полученные данные будут, безусловно, полезны при выборе переговорной позиции и выборе программы ДМС. Однако,

sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 85

при окончательном принятии решения стоит иметь с виду, что финансовые интересы страховщика и лечебного учреждения далеко не всегда совпадают. Если страховщик не проводит экспертизы оказанного лечения, оплачивает все счета без разбора, то о сокращении количества больничных листов или об оптимизации стоимости страховых услуг можно забыть навсегда.

Что надо знать об организации бизнес-процессов страховщика

Многие клиенты не интересуются деталями работы управления добровольного медицинского страхования в выбранной компании. Зачем, мол, совать нос в чужой бизнес? И напрасно. Лично у меня нет никаких сомнений, что компания-клиент обязательно должна прояснить для себя ряд принципиальных моментов организации работы страховщика. Без этого она просто не сможет сделать правильный выбор.

Что это за моменты? До заключения договора необходимо выяснить следующие данные:

– будет ли к предприятию прикреплен врач-куратор?

– Предусматривает ли договор возможность обращения в круглосуточную службу медицинской помощи?

– Каким образом ведется база данных?

– Возможно ли оказание помощи вне города?

Перечисленные вопросы касаются самых важных сторон предоставления услуг ДМС. Однако чтобы компании-клиенту оптимизировать свое взаимодействие со страховщиком, надо более детально выяснить, какова структура подразделения ДМС и квалификация его специалистов. Прежде всего, надо узнать организацию информационных потоков и функциональные обязанности сотрудников, которые осуществляют коммуникации с клиентом.

Дело в том, что ДМС – один из самых трудоемких видов страхования. Во-первых, из-за того, что в страховом договоре фигурирует дополнительный участник – медицинское учреждение. Во-вторых, между страховой компанией и лечебным учреждением проходят огромные информационные потоки (письма на прикрепление, ежемесячные счета с калькуляциями об оказанных услугах, сверки взаи-

sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 86

морасчетов, техническая и медицинская экспертиза, гарантийные письма и др.) Одновременно в процессе экономического сопровождения клиентов идет постоянный документооборот по движению застрахованных (подготовка полисов, памяток, прикрепление/снятие с облуживания, подготовка дополнительных соглашений, изменение программ страхования, сверка взаиморасчетов). В процессе медицинского сопровождения непрерывно возникают вопросы сроков и объемов получения медицинских услуг, принятие решений по страховым случаям и ситуациям, которые к этой категории не относятся, организации дополнительных видов помощи, консультаций, госпитализаций и так далее. Объемы информационных потоков требуют, чтобы страховая компания ввела жесткое регламентирование времени по обмену данными. Технически реализовать задачу можно только за счет четкого налаживания бизнес-процессов и подбора персонала высокой квалификации. Например, диспетчер не должен быть перегружен проблемами, которые не касаются вопросов медицинского страхования. То же самое касается и врача-куратора, и менеджера по сопровождению договоров. Если эти сотрудники занимаются вопросами ДМС только часть своего рабочего времени, а, кроме того, должны заниматься еще и организацией выплат, скажем, по имущественному страхованию, скорее всего, клиентам придется привыкать к очередям. Но взаимодействие с клиентом должно осуществляться оперативно, поэтому задержки здесь недопустимы!

Объемы документооборота по ДМС исключают возможность успешной работы без автоматизации процесса.

Иное дело – все остальные структуры, работающие с ДМС. Например, такие, как экспертиза счетов медицинских учреждений. Некоторое отставание по времени обработки информации у них все-таки допустимо.

Для каждой страховой компании, работающей с ДМС, объективно возникает необходимость разделения информационных потоков на две составляющие: работу с клиентом и работу с лечебными учреждениями. При расширении портфеля, внедрении новых страховых программ страховщикам проходится увеличивать штат сотрудников. В результате увеличивается себестоимость собственной услуги, и, соответственно, стоимость полиса ДМС. Для снижения собственных трудозатрат без потери

sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 87

качества предоставляемой услуги, страховым компаниям необходимо эффективное решение основных задач управления:

• внедрение автоматизированных систем управления (АСУ) информационными потоками (CRM или подобных им систем)
• ориентированность на клиента
• безусловное выполнение договорных обязательств
• постоянный системный мониторинг рынка медицинских услуг
• отказ от страхования любой ценой
• ориентация на долгосрочное сотрудничество.

Рассмотрим перечисленные задачи более подробно.

Внедрение АСУ

Объемы документооборота по ДМС исключают возможность успешной работы без автоматизации процесса. Действительно, необходимо учитывать договоры страхования, списки застрахованных (в разрезе половозрастного состава), лечебные учреждения, виды медицинской помощи, страховые программы, счета из медицинских учреждений в разрезе оказанных медицинских услуг и так далее. Кроме того, врач-куратор и менеджер договора регулярно нуждаются в достоверной, актуальной и разноплановой информации (например, для работы круглосуточного пульта). Предоставить ее в режиме реального времени может только страховая компания, имеющая в своем арсенале серьезную информационную систему по ДМС.

Ориентированность на клиента

Если страхования компания заинтересована в клиенте, то ее сотрудники не только оказывают полный спектр услуг в рамках договорных отношений, но и готовы обсуждать вопросы, расширяющие рамки ДМС. Например, дать квалифицированную консультацию. Ведь чтобы работа была успешной, страховщики формируют собственные базы данных по медицинским специалистам и консультантам, различным медицинским нозологиям, стационарам разного профиля обслуживания и т.д.

sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 88

Выгодному клиенту можно оптимизировать стоимость программы ДМС – например, если проанализировать, какие услуги не были востребованы, и исключить их из договора. А чтобы не возникало недовольства сотрудников по поводу объема и сроков предоставляемых услуг, надо четко проинструктировать HR-менеджеров по этому вопросу.

Безусловное выполнение договорных обязательств

Как правило, с HR-менеджером корпоративного клиента работают несколько отделов обслуживания, которые в разных компаниях называются по-разному. Чтобы во время общения со страховой компанией не возникало лишних проблем, имеет смысл запросить у нее технологическую карту взаимодействия клиента и сотрудников ДМС. Выглядит она следующим образом:

«После заключения Договора страхования, застрахованные лица получают на руки: пластиковый полис (необходимо постоянно иметь при себе)
– памятку застрахованному лицу с указанием перечня лечебных учреждений (адрес, телефоны, режим работы) и перечнем услуг, которые может получить застрахованный (один раз надо обязательно прочитать)
– пропуск в лечебное учреждение (если у поликлиники есть собственная пропускная система).
Для решения любых вопросов добровольного медицинского страхования в структуре департамента медицинского страхования организованы специальные отделы по работе с клиентом и выделены персональные менеджеры:
– отдел медицинского сопровождения;
– отдел экономического сопровождения.

Общение со страховой компанией для застрахованного осуществляется через отдел медицинского сопровождения, который включает:
1. круглосуточный пульт;
2. врача-куратора.
Круглосуточный пульт – это любые консультации круглосуточно, вопросы по медицинской программе, решение экстренных вопросов обслуживания, вызов скорой (не-

sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 89

отложной) помощи, организация экстренной госпитализации, запись на консультации к специалистам, передача информации для врача-куратора и др. Любой вопрос застрахованного лица не останется без внимания. Для быстроты общения необходимо назвать ФИО, организацию (если застрахованный оформлен через юридическое лицо), номер полиса (для быстрого поиска диспетчером программы страховав базе данных).

Врач-куратор страховой компании ведет сопровождение застрахованного лица по следующим медицинским направлениям: организация дополнительных консультаций, поиск специалистов (в случае необходимости), решение спорных ситуаций или вопросов некачественного обслуживания, организация плановой госпитализации, решение вопросов, выходящих за рамки страховых программ, и др.

Важно!!! *При любом спорном вопросе, возникающем в процессе обслуживания на базе любой поликлиники, необходимо сразу же обращаться к Вашему врачу-куратору.*

Для HR-менеджера, сопровождающего договор со стороны клиента, общение со страховой компанией осуществляется путем взаимодействия с сотрудниками отдела медицинского сопровождения и отдела экономического сопровождения. Круг их обязанностей определяется следующим образом:

1. диспетчеры круглосуточного пульта – решение медицинских и организационных вопросов;

2. врач-куратор – медицинские и организационные вопросы, решение вопросов, выходящих за рамки страховых программ;

3. сотрудники отдела экономического сопровождения договоров – оформление договора страхования, дополнительных соглашений к договору, выставление счетов на оплату, прикрепление на обслуживание к лечебным учреждениям, выдача полисов, памяток, сверка взаиморасчетов.

Важно!!! *Для установления теплых партнерских отношений необходимо обязательное знакомство сотрудников, осуществляющих взаимодействие по договору страхования.*

sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 90

При возникновении спорных вопросов, вопросов некачественного обслуживания, клиент сообщает о факте нарушения в страховую компанию в устном или письменном виде. Страховщик обсуждает данный факт вместе с лечебным учреждением, при необходимости привлекает независимых экспертов. В случае обоснованности претензии, добивается получения компенсации от лечебного учреждения и пр. Срок рассмотрения претензии клиента от 10 до 30 дней».

Чтобы обслуживание по программе ДМС было эффективным, не только страховщик, но и сам клиент должны строго придерживаться правил, оговоренных в договоре страхования. Со стороны предприятия-клиента, это касается порядка и сроков предоставления списков застрахованных, включение (а также исключение) фамилий сотрудников в списки, сроков прикрепления и предоставления страховых программ и т.п.

При заключении договора ДМС, компании-клиенту необходимо обратить особое внимание не только на текст самого договора, но и на приложения. Чем подробнее прописаны услуги страховой медицинской программы, тем более вероятно достижение взаимопонимания между сторонами. Например, когда надо экстренно госпитализировать больного (по жизненным показаниям), в исключительных случаях его могут поместить в реанимационное или хирургическое отделение той городской (районной) больницы, к которой он ближе всего находится. Разумеется, только в том случае, если в городской больнице ему могут оказать соответствующую медицинскую помощь. Клиент должен понимать, что это не каприз страховщика, а вынужденная мера для сохранения жизни пациента. Такое правило действует во всех страховых компаниях, но лучше, если оно будет прописано в программе страхования.

Постоянный мониторинг рынка медицинских услуг

Как показывает опыт, самые недорогие и одновременно самые емкие страховые программы предлагают те компании, у которых доля рыночного бизнеса составляет не менее 40% . Рынок мобилизует, что и говорить. Кроме того, компания, предлагающая на рынке ДМС, постоянно ведет

sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 91

работу в двух направлениях: разработки новых, конкурентоспособных, продуктов и улучшения сервиса. Для решения первой задачи страховщики постоянно проводят мониторинг рынка медицинских услуг во всех (!) регионах. И видят, что число новых частных медицинских учреждений постоянно растет. Они оснащены современным оборудованием и передовыми медицинскими технологиями. Их обслуживает квалифицированный и доброжелательный персонал, способный работать в системе ДМС. Дополнительное конкурентное преимущество частных клиник состоит в том, что они не работают по программам ОМС, а потому в них нет бесконечных очередей.

Чем подробнее прописаны услуги страховой медицинской программы, тем более вероятно достижение взаимопонимания между сторонами.

Цена на услуги в этих медицинских учреждениях обычно выходят за рамки эконом-класса. Однако, страховые компании (особенно крупные) обычно находят возможности по оптимизации стоимости медицинских программ. С другой стороны, подобные клиники могут обеспечить экономию времени и лучший сервис, что особенно актуально для топ-менеджмента и менеджеров среднего звена.

Продуктовая составляющая рынка ДМС постоянно развивается. Так, для компаний, имеющих региональную филиальную сеть, уже предлагаются программы, которые обеспечивают медицинскую защиту сотрудников компаний во время командировок.

Большим спросом сегодня пользуются программы страхования с участием так называемых врачей офиса. Такие программы оптимизируют время и место получения медицинской услуги.

Для частных клиентов с высоким уровнем дохода страховщики предлагают так называемые семейные программы, построенные на услугах личных врачей (терапевтов и педиатров). Они оказывают помощь преимущественно на дому. Если же нужно получение амбулаторных услуг, то его можно получить через круглосуточный пульт страховой компании.

Выгоды долгосрочного сотрудничества

Если страховая компания работает с клиентом достаточно долго, она может предложить ему более экономичные варианты обслуживания без потери качества и сервиса. Например, используя тех медицинских провайдеров, сотрудничество с которыми ей наиболее выгодно. Так, по-

sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 92

мощь на дому может предоставляться не только на базе определенного амбулаторно-поликлинического учреждения, но и через круглосуточный медицинский пульт страховщика. Качество от замены не меняется, но финансово услуга становится выгоднее и страховой компании, и клиенту. То же самое касается и работы по оказанию услуг неотложной медицинской помощи.

Выбирая программу ДМС, самый дешевый и самый дорогой варианты лучше сразу исключить.

Долгосрочное сотрудничество позволяет накопить обширную статистику обращений сотрудников компании-клиента за медицинской помощью. Благодаря ей страховщик может с высокой степенью точности рассчитать усредненную страховую премию для одного человека на год, если тот работает в компании, с численностью персонала не менее 10 человек.

Золотая середина ДМС

Выбирая партнера для сотрудничества в области ДМС, нелишне помнить, что самый дешевый и самый дорогой вариант, лучше сразу исключить – как, впрочем, и в любой другой области страхования.

Чем опасен демпинг? Во-первых, качественная медицинская услуга не может быть слишком дешевой. Во-вторых, слишком низкая цена опасна таким же низким уровнем сервиса и качества обслуживания. Страховщик будет бороться за свою прибыль, сокращая программы и затягивая выплаты лечебным учреждениям.

С другой стороны, слишком высокая цена медицинской страховой программы означает искусственное приостановление развития направления ДМС. Вероятнее всего, что расходы страховщика на предоставление услуги очень велики, следовательно, ее качество не может не вызывать определенные сомнения.

Чтобы HR-менеджеру было легче сориентироваться в ценах программ ДМС, рассмотрим, каким образом их формируют страховые компании.

Страховая компания выстраивает свои предложения корпоративному клиенту, структурируя медицинские учреждения по трем показателям. Таким как

1. соотношение цена-качество;
2. уровень сервиса (высший, средний, экономный);
3. виды медицинской помощи.

sst-01.qxd 29.03.2007 20:16 Page 93

Страховая премия по ДМС подразумевает стандартный набор услуг: врач офиса и/или личный врач, амбулатория, помощь на дому, скорая помощь, госпитализация по экстренным и плановым показаниям, диспансеризация. Перечень услуг стандартен и совпадает практически у всех страховых компаний. В то же самое время величина премии зависит от численности коллектива, соотношения мужчин и женщин, среднего возраста работающих, специфики производства и др. Уменьшить страховую премию можно, сокращая перечень услуг по тому или иному виду медицинской помощи. Например, оставить в программе стоматологическую помощь только в случае острой боли. Двигаясь в том же направлении дальше, можно, в конце концов, прийти к минимальной программе страхования. Она включает услуги скорой неотложной помощи и госпитализацию по экстренным медицинским показаниям.

Доверяйте профессионалам!

В заключении хочется дать несколько напутствий.

1. HR-менеджеры компаний-клиентов должны перенести всю нагрузку по вопросам медицинского обслуживания на страховщика. Иными словами, предприятию необходимо обеспечить прямую связь персонала по вопросам медицинского обслуживания не с HR-менеджерами, а с врачом-куратором. Нужно доверять профессионалам! Только в таком случае может быть достигнуто лучшее качество обслуживания.

2. Очень хорошо, если по итогам каждого корпоративного договора руководители HR-департамента имеют реальную возможность получить аналитическую записку, отражающую статистику обращения за медицинской помощью каждого сотрудника предприятия.

Я рекомендую своим клиентам всегда брать информацию об экономике прохождения договора с рекомендациями по поддержанию здорового образа жизни, возможной корректировке условий договора на следующий год и др. Каждый HR-директор должен оптимизировать затраты на управление персоналом, в том числе на ДМС, что невозможно без взвешенного, продуманного подхода к выбору страховщика.