



issa

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

Bonnes pratiques en sécurité sociale

Bonne pratique mise en œuvre depuis: 2016

L'Institut des agents d'assurance Une réalisation de la Caisse fédérale d'assurance maladie obligatoire de la Fédération de Russie

Caisse fédérale d'assurance maladie obligatoire
Fédération de Russie

Résumé

Conformément à l'un des principes fondamentaux du système d'assurance maladie obligatoire de la Fédération de Russie, l'Etat doit garantir le droit des assurés à obtenir une aide médicale qualifiée à un coût abordable dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (CHI).

La Fédération de Russie met actuellement en place des modèles de services de santé publique axés sur le patient visant à fournir une aide spécifique à chaque assuré.

En 2016, les activités des compagnies d'assurance médicale ont été complétées par le travail de l'Institut des agents d'assurance (IIA), qui devient un mécanisme d'aide efficace pour chaque citoyen assuré qui souhaite obtenir une assistance médicale et qui, par ailleurs, veille à ce que chaque personne assume davantage ses responsabilités vis-à-vis de sa propre santé.

Les principaux objectifs des agents d'assurance consistent à orienter les patients de manière optimale, à fournir des informations à l'échelle individuelle sur les besoins en matière d'examen médicaux périodiques et préventifs, à veiller au contrôle des patients lors des soins externes et à s'engager à mettre en œuvre les recommandations médicales liées aux traitements.

Problème ou défi

Quel problème ou défi votre bonne pratique devait-elle permettre de résoudre ou de relever? Veuillez fournir une brève description.

Défis:

- Absence d'une approche individualisée adaptée à chaque personne couverte par la CHI.
- Manque d'outils d'information pour le patient.
- Impossibilité ou difficulté d'obtenir des consultations spécialisées sur des questions urgentes relatives aux traitements médicaux.
- Refus de la part d'un organisme médical de fournir des services de soins de santé.
- Longues périodes d'attente pour une aide médicale professionnelle.
- Paiement pour des services de soins de santé censés être gratuits.

Relever le défi

Quels étaient les principaux objectifs du projet ou de la stratégie mis en œuvre pour résoudre le problème ou relever le défi? Veuillez énumérer et décrire brièvement les principaux éléments de ce projet ou de cette stratégie en mettant plus particulièrement l'accent sur ses aspects innovants et ses effets attendus ou visés.

La principale stratégie pour relever les défis prévoyait la mise en place de l'IIA en tant que nouveau moyen d'information et de coopération entre les participants et les acteurs de la CHI; il s'agissait ainsi de résoudre le problème en proposant à l'assuré une aide axée sur le patient. Le projet a été mis en œuvre en trois étapes et l'IIA a été établi progressivement.

Objectifs à atteindre

Quels objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs ou indicateurs clés de performance avaient été définis pour le projet ou la stratégie? Veuillez les décrire brièvement.

A l'heure actuelle, tous les cadres légaux et réglementaires nécessaires ont été adoptés et des programmes de formation spécifiques pour les agents d'assurance ont été développés et mis en place.

Le premier niveau, lancé en juin 2016, s'appuie sur des employés dans les centres d'appels des compagnies d'assurance médicale. La mission principale de ces spécialistes consiste à répondre aux demandes formulées oralement par les citoyens, en fournissant des références et des informations relatives à la CHI. Il s'agit essentiellement d'apporter des réponses aux demandes liées aux politiques et procédures de la CHI, aux heures d'ouverture des centres d'assurance, aux procédures de sélection d'un organisme médical et d'un médecin au sein du système de la CHI, etc.

Les agents d'assurance de second niveau ont commencé à travailler en janvier 2017. Ils peuvent être considérés comme le noyau central du système des agents d'assurance. Parmi leurs tâches figurent la transmission d'informations sur les services de prévention et le suivi des résultats. Ces spécialistes traitent directement avec les citoyens assurés et s'occupent notamment des réclamations. Ils garantissent la coopération des agents d'assurance à tous les niveaux des compagnies d'assurance médicale, organisent des enquêtes relatives aux problèmes rencontrés et contrôlent régulièrement l'hospitalisation rapide et adéquate des citoyens.

Les agents d'assurance de troisième niveau (agents médicaux qualifiés) ont commencé à travailler en janvier 2018. Ils sont chargés de régler les différends relatifs aux traitements médicaux entre les organismes médicaux et les patients. En outre, les agents d'assurance sont tenus de procéder à l'expertise de la qualité des soins médicaux, de mettre en place des outils d'information individuels pour les patients atteints de maladies chroniques et de garantir la poursuite du traitement. Les spécialistes de troisième niveau coopèrent avec les organismes médicaux afin d'identifier et d'éradiquer les causes des problèmes liés aux délais et à l'adéquation des procédures pour les hospitalisations ordinaires. Ils cherchent aussi à éliminer les failles au niveau des délais de l'aide médicale pour les patients atteints de maladies graves, qui influencent considérablement les taux de mortalité.

Evaluation des résultats

La bonne pratique a-t-elle été évaluée? Veuillez fournir des données sur l'impact et les résultats de la bonne pratique à partir d'une comparaison entre les objectifs visés et les résultats réellement obtenus, d'indicateurs avant-après et/ou d'autres types de statistiques ou indicateurs.

Depuis l'introduction de l'IIA il y a un an et demi, on a assisté à une augmentation constante des demandes des assurés auprès des compagnies d'assurance médicale, ainsi qu'à un changement de la nature de ces demandes. Le nombre de demandes d'informations relatives aux mécanismes d'aide médicale augmente, ce qui révèle une confiance croissante de la population vis-à-vis de l'IIA. Selon les statistiques de la Caisse fédérale d'assurance maladie obligatoire, en 2017, le pourcentage de demandes de conseils formulées oralement a augmenté de 1,5 par rapport à la

même période en 2016, alors que le nombre de réclamations concernant les soins de santé a diminué.

L'organisation des activités des agents d'assurance selon un schéma standardisé a réduit à 20 secondes le temps d'attente maximum avant qu'un professionnel de la santé ne réponde à une demande par téléphone. Elle a également accéléré le temps de traitement des demandes (deux fois plus rapide) et garantit une réponse à la majorité des demandes des assurés lors de leur première visite chez le médecin. Le délai d'attente pour une assistance dans une polyclinique a quant à lui été écourté de trente minutes.

Depuis 2016, les spécialistes de premier niveau travaillent 24 heures sur 24 dans les centres d'appels établis dans chacun des districts fédéraux de la Fédération de Russie, afin de répondre à toutes les questions des assurés. Les réponses aux appels téléphoniques sont optimisées grâce au recours à des solutions techniques, à la conception de modèles de questions/réponses et aux formations continues de remise à niveau des spécialistes médicaux.

Sur la base des indicateurs d'activité 2018 des agents d'assurance, 96,4 pour cent des citoyens qui devaient procéder à des examens médicaux périodiques ont été informés individuellement de la nécessité de passer ces examens médicaux périodiques, ce qui a entraîné le transfert dans des cliniques de plus de 9 millions de personnes en raison de maladies chroniques.

A partir de 2019, les examens de santé préventifs et périodiques ont été inclus dans un projet national relatif aux soins de santé.

A l'heure actuelle, plus de 11 000 agents d'assurance de premier, deuxième et troisième niveaux assurent la protection des droits des assurés et leur fournissent des outils d'information.

L'approche personnalisée adaptée à chaque assuré et les outils d'information appropriés ont renforcé considérablement le rôle des compagnies d'assurance en matière de protection des droits et des intérêts juridiques des assurés.

Chaque assuré doit connaître la compagnie d'assurance médicale auprès de laquelle il est couvert, ainsi que les agents d'assurance personnels à contacter en cas de problème. Par conséquent, l'IIA devient un mécanisme d'aide efficace qui permet à chaque assuré d'obtenir des soins médicaux. En outre, l'IIA veille à ce que chacun assume davantage ses responsabilités vis-à-vis de sa propre santé.

Enseignements tirés

Veillez, en vous appuyant sur l'expérience de votre organisation, citer trois facteurs au maximum qui, selon vous, sont indispensables à la reproduction de cette bonne pratique. Veillez citer trois risques au maximum qui sont apparus/pourraient apparaître lors de la mise en œuvre de cette bonne pratique. Veillez décrire brièvement ces facteurs et/ou ces risques.

Afin de garantir la réussite d'un projet de ce genre, il est essentiel d'équiper les organismes médicaux des technologies informatiques nécessaires au bon fonctionnement des bureaux des agents d'assurance, de disposer d'une large main-d'œuvre à chaque niveau et de mettre en place des règlements stricts concernant leurs interactions et des programmes de formation courts réguliers.

Risques qui sont apparus/pourraient apparaître lors de la mise en œuvre de cette bonne pratique:

- Les caractéristiques géographiques risquent de donner lieu à une couverture incomplète des groupes de population qui vivent en dehors des grandes villes
- Niveau de développement insuffisant de l'infrastructure informatique.
- Manque de confiance de la part du public au cours de la phase initiale du projet.