

О бесплатной помощи в сфере ОМС

Не все граждане знают, чем конкретно занимаются страховые компании и куда надо обращаться, если возникли проблемы при получении медицинской помощи. Ответить на все самые актуальные вопросы о системе ОМС согласилась директор Амурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Дьячкова Елена Леонидовна.

Какова роль страховых компаний в отстаивании прав застрахованных граждан на получение медицинской помощи бесплатно?

Сегодня страховая компания не просто обеспечивает население полисами ОМС, а является активным помощником пациента в получении медицинской помощи, а также в разрешении спорных ситуаций, в том числе жалоб.

Часто ли граждане обращаются в страховые компании и как им помогают?

Обращаются часто. В основном консультируются по телефону, позвонив в контакт-центр. Как правило, поводами для обращений становятся навязывание платных медицинских услуг при обращении за медицинской помощью по полису ОМС и отказы в бесплатном оказании медицинской помощи. Кроме того, многих интересуют сроки ожидания проведения диагностических исследований, таких как УЗИ, КТ, МРТ и т.д., поскольку нередко в медицинских организациях их предлагают пройти платно.

Страховые компании рассматривают также жалобы застрахованных по поводу ненадлежащего качества оказания и доступности медицинской помощи и по письменному заявлению гражданина проводят экспертизу качества медицинской помощи.

В большинстве случаев споры между медицинской организацией и пациентом урегулируются страховыми компаниями в досудебном порядке, в том числе с возмещением гражданину личных денежных средств, затраченных на медицинские услуги или лекарственные препараты. Имели место случаи, когда пациентам вводились препараты, которые они приобретали за свой счет, а после вмешательства СОГАЗ-Мед медицинские организации возвращали деньги обратившимся.

Можно привести и более конкретные примеры. Застрахованная обратилась с жалобой на необеспечение офтальмологической операцией в областной больнице. По договоренности страховой компании с администрацией частной клиники, включенной в список медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области, застрахованная была направлена и прооперирована там бесплатно, по полису ОМС.

Также в марте 2018 года в СОГАЗ-Мед поступило обращение застрахованного об отказе выполнения рентгеновского снимка зуба в городской поликлинике. После получения консультации об имеющихся у пациента правах, мужчина самостоятельно обратился за разъяснением ситуации к администрации поликлиники, после чего необходимое исследование было ему выполнено бесплатно, в тот же день.

В сезон летних отпусков была получена жалоба застрахованной на отсутствие в одной из городских поликлиник врача-кардиолога, находящегося в отпуске. Страховой компанией была достигнута договоренность с администрацией поликлиники о направлении пациентки на консультацию кардиолога в другую медицинскую организацию.

И таких примеров можно приводить очень и очень много. Только за восемь месяцев 2018 года Амурский филиал СОГАЗ-Мед получил 263 жалобы, 124 из которых признаны обоснованными. Все конфликтные ситуации успешно разрешены.

А может ли застрахованный рассчитывать на бесплатную юридическую помощь, если дело всё же не удалось разрешить мирным путем?

Страховые компании отстаивают права застрахованных и в судебном порядке. С позиции защиты прав застрахованных граждан на бесплатное и качественное оказание медицинской помощи проводятся тематические экспертизы, например, по вопросам адекватности обезболивающей терапии онкологическим больным, соблюдения объемов и качества диспансеризации населения, обеспечения профильности и этапности оказания медицинской помощи пациентам с инсультами и инфарктами миокарда и по другим тематикам.

Помимо страховых представителей, на помощь обратившимся в СОГАЗ-Мед приходят врачи-эксперты и квалифицированные юристы. В рамках юридической поддержки застрахованные совершенно бесплатно могут получить: юридическую консультацию; помощь в подготовке иска; представление в суде.

Если говорить о реальных примерах, то за 1 полугодие 2018 года при участии юристов Амурского филиала СОГАЗ-Мед в суде рассмотрено 6 исковых заявлений, 5 из которых были удовлетворены.

Пациентке одной из городских больниц при родовспоможении была некачественно оказана врачебная помощь, в результате ребенок родился с физическими дефектами. Женщина обратилась за помощью к юристам страховой компании и смогла в судебном порядке отсудить у больницы денежную компенсацию.

Был и такой случай: мужчина поступил на плановую операцию, которая привела к временной остановке сердечной деятельности, в результате чего у пациента развился инфаркт. Родственники пострадавшего обратились к страховым представителям для проведения независимой экспертизы. Как установила экспертная проверка, пациенту не дали полноценный наркоз, поэтому суд постановил медицинскому учреждению выплатить компенсацию в размере 200 тысяч рублей.

Хочется отметить, что не только в бюджетных учреждениях допускаются нарушения. Так, молодому человеку в частном медицинском центре, входящем в систему обязательного медицинского страхования, оказанное лечение стоило потери зрения. Пациент, в результате врачебной ошибки и рокового стечения обстоятельств, ослеп на один глаз. После затяжного судебного процесса, в котором имели место апелляция и две медицинские экспертизы, пострадавшему всё же удалось отсудить у виновников 1 миллион рублей.

Предусмотрен ли в страховой медицине персональный подход?

Внедряемая в здравоохранении пациентоориентированная модель оказания медицинской помощи, требует аналогичного подхода и к работе служб страховых медицинских организаций по защите прав и законных интересов пациентов.

С 2016 года начал работать институт страховых представителей. По сути это сотрудники страховых компаний, задачей которых является информационное сопровождение застрахованных на каждом этапе оказания медицинской помощи.

С каждым годом функционал страховых представителей расширяется. Сегодня страховые представители в контакт-центрах консультируют граждан по вопросам организации и получения медицинской помощи по полису ОМС, индивидуально информируют застрахованных (по телефону, посредством СМС-сообщений) о

возможности прохождения диспансеризации; проводят оценку показателей групп состояния здоровья лиц, прошедших диспансеризацию; контролируют полноту и качество диспансерного наблюдения, а также фиксируют насколько пациенты привержены к назначенному врачом лечению.

Какова роль страховых представителей в организации и проведении всеобщей диспансеризации?

Основная цель диспансеризации – профилактическая. При условии неформального проведения она позволяет не пропустить первые и скрытые признаки серьезных недугов и вовремя начать лечение, а также определить факторы риска развития таких заболеваний, как инсульты, инфаркты миокарда, сахарный диабет, злокачественные новообразования, т.е. тех болезней, от которых достаточно часто умирают люди в трудоспособном возрасте.

Значимую роль в привлечении населения к прохождению диспансеризации выполняют страховые представители.

Во-первых, они обязаны пригласить в поликлинику своих застрахованных, подлежащих диспансеризации. Это может быть телефонный звонок, СМС-сообщение либо письмо. Если гражданин все же не пришел на диспансеризацию, страховой представитель может позвонить для уточнения причин.

Страховой представитель также может позвонить застрахованному, который уже прошел диспансеризацию, с целью оценки удовлетворенности проведенными профилактическими мероприятиями и выявления проблем организационного характера в медицинских организациях.

Работа страховых представителей на этом не заканчивается. Если граждане указывают на недочеты в организации диспансеризации в той или иной поликлинике, страховая компания должна совместно с медицинской организацией отработать все замечания и принять необходимые меры по их устранению. Но не стоит ждать, когда вам позвонит страховой представитель и расспросит.

Каждый может обратиться в свою страховую компанию по телефону контакт-центра и сообщить о том, что ему понравилось или не понравилось в организации диспансеризации.

Как связаться со специалистами страховой компании?

Для удобства застрахованных граждан в СОГАЗ-Мед создан единый круглосуточный контакт-центр в сфере обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации. Звонить можно бесплатно по номеру: 8-800-100-07-02. Будет правильным, если застрахованный гражданин добавит этот телефон в свою адресную книгу.

Если человек работает и ему сложно прийти в поликлинику, как быть в этом случае?

Проблемы с прохождением диспансеризации в будни чаще всего возникают у работающих граждан. Многие поликлиники уже пересматривают режим работы и организуют диспансеризацию в субботу. Режим работы поликлиники можно узнать, позвонив в регистратуру, а также на сайте медицинской организации в сети Интернет.

Таким образом, из беседы с Еленой Леонидовной мы поняли, что, имея полис ОМС, вы получаете возможность не только получать бесплатное медицинское обслуживание в медучреждениях, но и обретаете надежного защитника своих интересов, в том числе и при судебном урегулировании спорных вопросов, возникших при оказании медицинской помощи.

Если Вы застрахованы в компании «СОГАЗ-Мед» и у Вас возникли вопросы, связанные с получением медицинской помощи в системе ОМС или качеством оказания медицинских услуг, обращайтесь в СОГАЗ-Мед по круглосуточному телефону контакт-центра 8-800-100-07-02 (звонок по России бесплатный).