

Достучаться до врачей:

Специалисты Амурского филиала страховой медицинской компании «СОГАЗ-Мед» рассказали о том, как добиться справедливости, если медорганизации нарушают права

Зачастую граждане воспринимают страховые компании как фирмы, выдающие полисы.

На самом деле, деятельность страховых компаний никогда не ограничивалась только выдачей полисов обязательного медицинского страхования. В первую очередь, сотрудники страховой медицинской организации занимаются экспертизой качества медицинской помощи, консультируют застрахованных по вопросам условий и сроков предоставления услуг, а также решают конфликты, возникающие между пациентом и медицинской организацией. И самое главное: судя по постоянному росту обращений в страховые компании, пациенты, благодаря информационно-просветительской работе страховщиков, стали куда лучше осведомлены о своих законных правах в сфере ОМС.

В какие двери стучать?

Люди, обратившиеся за бесплатной (точнее, финансируемой государством по системе ОМС) медицинской помощью, часто сталкиваются с нарушением своих прав. Чтобы защитить свои интересы и восстановить справедливость нужно обращаться за помощью к специалистам.

Страховые представители для того и необходимы, чтобы разрешать проблемы и отвечать на вопросы граждан от самых простых: «положено ли мне бесплатно это исследование» и «как прикрепиться к поликлинике не по месту жительства» до более редких и требующих серьезного анализа, связанных с отказами в медицинской помощи, некачественным ее оказанием и тому подобное.

В зависимости от сложности, обращение внутри каждой страховой компании передается страховому представителю одного из уровней. Страховые представители I уровня – это сотрудники контакт-центров страховых компаний, к которым можно обратиться за типовой консультацией об объемах, гарантированной бесплатной медицинской помощи, сроках ее ожидания, месте получения. Более сложные вопросы адресуются представителям II уровня: они смогут принять жалобу, разъяснить пациенту его права и помочь с прохождением диспансеризации. Страховой представитель III уровня подключается, если права человека были нарушены: организует экспертизу качества оказанной помощи, проанализирует результаты проведенных консультаций и исследований и возьмет на себя переговоры с больницей.

На что имеет право пациент?

Территориальная программа ОМС, принятая в Амурской области, гарантирует каждому застрахованному жителю бесплатное лечение, как в поликлинике, так и в условиях дневного и круглосуточного стационаров. При этом при обращении в поликлинику человек может рассчитывать:

- на прием участкового врача (терапевта или педиатра) в течение 24 часов с момента обращения;
- на консультацию узкого специалиста в течение двух недель.

При отсутствии специалиста в конкретном лечебном учреждении лечащий врач обязан направить пациента на консультацию в другую больницу!

Кроме того, в течение двух недель пациенту должны быть проведены необходимые лабораторные и диагностические исследования (УЗИ, ФГС и т.д.). Плановое проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии осуществляется в порядке очередности с периодом ожидания не более 1 месяца.

Пациентам стационаров территориальная программа гарантирует бесплатное пребывание в палате и бесплатное лечение. Это касается как лекарственных средств, так и расходных материалов, (к примеру, интраокулярных линз в офтальмологии и имплантатов в травматологии): их стоимость включена в стандарт медицинской помощи, и больница не вправе требовать с пациентов дополнительные средства на их приобретение.

Срок ожидания плановой госпитализации в дневной и круглосуточный стационар составляет 1 месяц (за исключением оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП): плановая ВМП оказывается в соответствии с листом ожидания, сроки ожидания ВМП могут зависеть от состояния пациента, течения заболевания, возможностей медицинской организации, и т.д.). Для пациентов с онкологическими заболеваниями срок ожидания плановой госпитализации не должен превышать 2 недели с момента гистологического подтверждения характера опухоли или установления диагноза.

Если у гражданина возникли сомнения в качестве оказываемой ему помощи, если врач требует деньги за гарантированные государством бесплатные консультации или медицинские услуги – на помощь пациенту придут эксперты и юристы страховых медицинских организаций. Застрахованные в СОГАЗ-Мед могут связаться со специалистами компании по круглосуточному телефону контакт-центра **8-800-100-07-02** (звонок по России бесплатный). Также, подробную информацию можно найти на нашем сайте www.sogaz-med.ru.

ВРЕЗКА: За 9 месяцев 2019 года Амурским филиалом страховой компании «СОГАЗ-Мед» рассмотрено свыше 16 тыс. устных обращений и 312 письменных жалоб. 163 жалобы признаны обоснованными. По ним же в досудебном порядке застрахованным гражданам возмещено 284,9 тыс. рублей и ещё около 2 миллионов рублей взыскано с медицинских организаций в пользу застрахованных через суд.