Кто защищает интересы пациента

В последнее время всё чаще встает вопрос о необходимости страховых компаний в обязательном медицинском страховании. В 2015 году данный вопрос обсуждался, в том числе и на форуме Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!», по итогам которого Президентом России В.В.Путиным была поставлена задача «конкретизации обязанностей страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи медицинскими организациями».

На территории Республики Татарстан работают три страховые компании: ООО «Страховая компания «АК БАРС-Мед», ООО «Страховое медицинское общество «Спасение» и ООО Страховая медицинская организация Чулпан-Мед». В каждой из них созданы и функционируют службы по защите прав застрахованных граждан, в том числе бесплатные телефоны «горячей линии». Но, к сожалению, как показывают результаты социологических опросов, проведенных специалистами ТФОМС Республики Татарстан, 25% граждан, имеющих полис ОМС, не знают, что они могут обратиться в страховую компанию для защиты своих прав при получении медицинской помощи.

С 2012 года территориальным фондом была организована работа страховых представителей (уполномоченных по правам пациента) непосредственно в медицинских организациях, на деятельность которых поступало наибольшее количество жалоб. Их основными задачами являются установление и оперативное устранение факторов, препятствующих получению бесплатной медицинской помощи по полису ОМС, а также информирование пациентов о правах в сфере ОМС. Кроме того, представители страховых компаний проводят обучение медицинских работников основам законодательства в сфере ОМС.

Именно эти задачи были поставлены перед страховыми компаниями в рамках концепции формирования с 2016 года пациентоориентированной системы здравоохранения.

Важным новшеством в работе страховых представителей является обязанность информировать граждан о необходимости прохождения диспансеризации. Если раньше это делали исключительно специалисты медицинских организаций, то с 1 января 2017 года оповещением займутся страховые представители.

По сути, они должны помочь медицинским организациям в привлечении населения на диспансеризацию. Не все граждане сегодня знают, в какой поликлинике, когда, и в каком объеме они должны пройти профилактические осмотры, поэтому страховые представители начнут рассылать застрахованным гражданам соответствующие приглашения в виде СМС-сообщений.

* С 2017 года пациент будет получать от страховой компании напоминание о диспансеризации по СМС или электронной почте.

Страховая компания должна, прежде всего, урегулировать с медицинской организацией все организационные вопросы, включая график прохождения застрахованными диспансеризации, время приема врачами и обеспечить четкое разделение потоков плановых пациентов и пришедших на диспансеризацию лиц, дабы избежать очередей и сократить время ожидания.

В этой части предстоит большая работа как с населением, так и с медицинскими организациями.

И хотелось бы, чтобы население не игнорировало приглашение пройти диспансеризацию, поскольку своевременная профилактика позволит предупредить тяжелые заболевания и сохранить здоровье.

* Диспансеризацию необходимо проходить раз в три года. Информация об объеме диспансеризации (перечне осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в определенные возрастные периоды) размещена на сайте ТФОМС Республики Татарстан ([www.fomsrt.ru](http://www.fomsrt.ru)) в разделе «Застрахованным лицам».

 Население республики по интересующим их вопросам, возникающим при получении медицинской помощи по полису ОМС, может обращаться в контакт-центр по телефону 8-800-200-51-51 (звонок по России бесплатный).

Специалисты страховой компании и территориального фонда разъяснят, где и как получить полис ОМС, какую медицинскую помощь обязаны оказывать медицинские организации по полису бесплатно.

Если пациенту навязывают платные медицинские услуги, позвонив в контакт-центр, можно не только получить разъяснения о «законности» требования медицинской организации, но и добиться бесплатного оказания медицинской помощи, причем в максимально короткие сроки.

В 2015 году на телефоны «горячей линии» поступило 160 913 обращений, за 9 месяцев 2016 года – 73 534. Основными поводами для обращений стали обеспечение полисами ОМС, выбор (замена) страховой компании и вопросы получения медицинской помощи.

Ежегодно в территориальный фонд ОМС и страховые компании поступает более тысячи жалоб. Причинами жалоб являются неудовлетворительная организация работы медицинских учреждений (очереди на диагностические исследования, невозможность попасть на прием к специалисту), отказы в предоставлении медицинской помощи бесплатно по полису ОМС, а также навязывание платных медицинских услуг и неудовлетворенность качеством оказываемой медицинской помощи.

Если есть претензии к качеству, можно обратиться письменно в страховую компанию, которая в установленном порядке проведет экспертизу качества медицинской помощи.

 Страховые компании также оказывают юридическую помощь при решении споров и конфликтных ситуаций, возникших между застрахованным лицом и медицинской организацией, как в досудебном, так и судебном порядке.

Населению следует более активно обращаться в свои страховые компании при возникновении проблем с получением медицинской помощи по полису ОМС. Только таким образом можно добиться реализации своих прав и в целом повлиять на сложившуюся в здравоохранении ситуацию.