

В ПОЛИКЛИНИКУ – БЕЗ СТРАХА

Кто защищает права камчатцев в системе здравоохранения

СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ФИНАНСОВОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И СОЦИАЛЬНЫХ ГАРАНТИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДПОМОЩИ.

И, несмотря на то, что к системе здравоохранения у населения сохраняются некоторые претензии, всероссийские опросы показывают: качеством предоставления медицинских услуг удовлетворены почти 80 % респондентов.

В Камчатском крае контроль за деятельностью страховых медицинских организаций осуществляет территориальный фонд ОМС. Главной целью его создания стало соблюдение прав застрахованных граждан на получение своевременной и качественной медицинской помощи. Предварительные итоги года работы Фонда подводят заместитель директора

ТФОМС в Камчатском крае Наталья АЛЕКСАНДРОВИЧ.

ПОД КОНТРОЛЕМ ФОНДА

Численность застрахованных на территории Камчатского края лиц составляет около 315 тысяч человек, из них работающие граждане почти 141 тысяча, – рассказывает Наталья Николаевна. – Всего же в реестре медорганизаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на полуострове, включено 56 организаций. Примечательно, что 19 из них хоть и не относятся к государственным учреждениям здравоохранения, но также оказывают бесплатную медицинскую помощь по программе ОМС жителям края.

Какую роль в системе здравоохранения занимают территориальные фонды ОМС?

– Задачу нашего фонда много, но главной из них является обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС в крае и обеспечение прав граждан нашего региона на получение бесплатной и качественной медицинской помощи в любом российском субъекте. Фонд также осуществляет контроль за деятельность страховых медорганизаций. У нас постоянно действуют телефоны «горячей линии», по которым принимаются обращения от жителей Камчатского края по вопросам оказания бесплатной медпомощи, о порядке защиты прав застрахованных, а также по вопросам качества предоставляемых медуслуг, включая жалобы на работу медорганизаций. Справедливости ради стоит сказать, что не все претензии – обоснованные, но некоторые, действительно, заслуживают нашего реагирования и вмешательства.

ОРИЕНТИРОВАНЫ НА ПАЦИЕНТА

– Наталья Николаевна, расскажите, как налажено взаимо-



Фонд защищает пациентов.

модействие Фонда и медицинских страховых компаний?

– Перед нами стоит общая задача – создание пациентоориентированной модели здравоохранения и развитие страховых принципов. На сегодняшний день взаимодействие территориального фонда и страховых медицинских организаций осуществляется по таким направлениям, как страхование граждан и обеспечение им полисами ОМС, оплата медицинской помощи в соответствии с утверждённой программой ОМС, персонифицированное информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи. В целях информационного сопровождения застрахованных лиц был создан институт страховых представителей – так называемые поверенные страховых компаний. Они обязаны информировать население о медицинских организациях системы ОМС; о праве выбора страховой компании, медицинской организации, врача; порядке получения полиса; о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи; о прохождении профилактических мероприятий, включая диспансеризацию; о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи и т.д. Страховые представители обязаны осуществлять свою деятельность в лечебных учреждениях, и на Камчатке эта система уже работает.

– И есть толк?

– Безусловно. Присутствие страховых поверенных в медорганизациях позволяет застрахованным лицам получить консультативную помощь и сопровождение в «режиме онлайн». В среднем, представители страховых медицинских организаций ежемесячно осуществляют работу в пяти-шести лечебных учреждениях, и обратиться к ним за консультацией можно независимо от того, к какой медицинской организации прикреплено застрахованное ли-

ко. На сайте территориального фонда ежемесячно размещается график выходов страховых представителей в медицинские организации, эта информация есть и в лечебных учреждениях.

Каждый может обратиться в Фонд по телефонам «горячей линии».

– Возможность позвонить и пожаловаться на предоставление некачественной медицинской услуги осталась?

– Конечно, ещё в прошлом году в рамках создания института страховых поверенных на базе территориального фонда была организована работа единого контактного центра по работе с обращениями граждан. Каждый житель края может обратиться по телефонам «горячей линии», их номера размещены на официальных сайтах страховой компании и территориального фонда. При обращении гражданина ведётся автоматический учёт и регистрация обращений с автоматическим присвоением порядкового номера каждому обращению, поступившему как в территориальный фонд, так и в страховые организации.

– То есть не просто – высказали недовольство и забыли?

– Нет, так у нас никто не работает. Существует градация операторов контактного центра, и у каждого сотрудника свои функции. Оператор первого уровня принимает обращения граждан в устной форме и, если они носят спортивный характер, то даёт ответ. Если узвинившего не типовой вопрос – он переадресует обращения за-

сти прохождения диспансеризации. Кроме того, с 2018 года свой функционал в полной степени начнут реализовывать страховые представители третьего уровня – это специалисты с высшим медицинским образованием, специалисты-эксперты или эксперты качества медицинской помощи страховой медицинской организации, деятельность которых будет направлена, в том числе, на мотивацию к ведению здорового образа жизни и к участию в профилактических мероприятиях, на информирование застрахованных лиц об итогах прохождения диспансеризации.

Пользуясь случаем, территориальный фонд ОМС призывает население Камчатского края проявлять активную жизненную позицию по сохранению и укреплению своего здоровья, и в обязательном порядке проходить один раз в три года диспансеризацию.

– О нововведениях и планах работы на год будущий расскажите?

– Территориальный фонд ОМС не остаётся в стороне от новшеств и преобразований. Благодаря созданному единому информационному пространству в здравоохранении, на территории края нами реализован ряд мероприятий, которые позволяют усовершенствовать предоставление медицинской помощи пациентам и создать инструменты для работы страховых представителей.

Территориальный фонд внедрён ещё один новый сервис – по управлению очередями на плановую госпитализацию, который связывает поликлиники и стационары края. С его помощью лечебные учреждения могут оперативно получать информацию о выданных направлениях на госпитализацию, поликлиники – реализовать право пациента на выбор медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи, страховые представители – оказывать консультативную помощь застрахованным гражданам и оперативно решать возникающие проблемы. За счёт эффективного управления очередь уменьшится, нагрузка на приёмные отделения, легче будет прогнозировать поток пациентов, а для граждан скратится срок ожидания госпитализации.

Варвара ПОГОДИНА
На правах рекламы

СПРАВКА

Страховая медицинская организация ООО «Страховая компания «Даль-Росмед» в ноябре прекратила свою деятельность в связи с реорганизацией в форме присоединения к АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед». С этого момента АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» стала правопреемником ООО «Страховая компания «Даль-Росмед». Лица, ранее застрахованные в филиале ООО «Страховая компания «Даль-Росмед» в г. Петропавловск-Камчатский, находящиеся на руках у граждан, являются действующими, замене в связи с реорганизацией не подлежат. По этим полисам можно будет в полном объёме получать бесплатную медицинскую помощь в рамках программы ОМС.

ноября 2017 являются застрахованными Камчатским филиалом АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед». Все полисы ОМС, ранее выданые филиалом ООО «Страховая компания «Даль-Росмед» в г. Петропавловск-Камчатский, находящиеся на руках у граждан, являются действующими, замене в связи с реорганизацией не подлежат. По этим полисам можно будет в полном объёме получать бесплатную медицинскую помощь в рамках программы ОМС.