**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](http://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.**