

5 ситуаций с лечением по ОМС, когда страховая компания становится вашим главным союзником

Полис ОМС есть у каждого россиянина. Мы обращаемся в поликлиники, проходим обследования, лечимся в стационарах и зачастую воспринимаем страховую компанию лишь как организацию, которая однажды выдала нам полис.

На самом деле это только начало. Страховая медицинская организация сопровождает человека на протяжении всего пути получения медицинской помощи: консультирует, помогает разобраться в спорных ситуациях, контролирует соблюдение прав пациентов и содействует получению лечения в установленные сроки.

В компании «СОГАЗ-Мед» рассказали о самых распространенных заблуждениях, которые мешают людям пользоваться всеми возможностями системы ОМС.

Ситуация №1. После получения полиса страховая компания больше ничем не занимается

Так думают многие. Полис оформлен — значит, дальше все вопросы нужно решать только с поликлиникой или больницей.

Как на самом деле

Страховая медицинская организация сопровождает застрахованного на протяжении всего периода действия полиса. Ее задача — и помочь человеку получить медицинскую помощь в полном объеме.

Специалисты страховой компании:

- консультируют по вопросам получения медицинской помощи по ОМС;
- помогают разобраться в сложных ситуациях;
- взаимодействуют с медицинскими организациями для решения возникающих вопросов;
- проводят экспертизу качества оказанной медицинской помощи.
- защищают права пациентов.

Другими словами, страховая компания — это помощник пациента в системе здравоохранения.

Заблуждение №2. Если запись к врачу только через месяц, ничего не поделаешь

Когда в поликлинике говорят, что свободных талонов нет, многие либо соглашаются ждать, либо записываются в платную клинику.

Как на самом деле

Для большинства видов медицинской помощи законодательно установлены максимальные сроки ожидания.

Например:

- прием врача-терапевта — не позднее 24 часов после обращения;
- консультация врача-специалиста — не позднее 14 рабочих дней;
- прием врача-онколога — не позднее 3 рабочих дней;

- УЗИ, КТ и МРТ по назначению врача — не позднее 14 рабочих дней, а при подозрении на онкологическое заболевание — не позднее 7 рабочих дней.

Если сроки нарушаются, это повод обратиться в свою страховую. Представитель компании может связаться с медицинской организацией, выяснить причины задержки и помочь организовать обследование или прием в установленные сроки. Если в вашей поликлинике это невозможно, помогут подобрать другую медицинскую организацию, работающую в системе ОМС.

Заблуждение №3. Плановую госпитализацию назначат, когда появится свободное место

Многие считают, что дата операции зависит только от загруженности больницы, а ждать можно сколько угодно.

Как на самом деле

Даже при плановом лечении существуют нормативные сроки ожидания.

Операции и другие виды плановой специализированной медицинской помощи должны быть организованы не позднее 14 рабочих дней после выдачи направления. Для пациентов с онкологическими заболеваниями и рядом сердечно-сосудистых заболеваний срок ожидания госпитализации составляет не более 7 рабочих дней.

Если госпитализацию откладывают без объективных причин, страховая компания может подключиться к решению вопроса, связаться с медицинской организацией и помочь пациенту получить помощь в предусмотренные законом сроки.

Заблуждение №4. В стационаре лекарства часто приходится покупать самостоятельно

Некоторые пациенты уверены, что, если в больнице просят приобрести препарат самостоятельно, так и должно быть.

Как на самом деле

Во время лечения в круглосуточном или дневном стационаре необходимые лекарственные препараты предоставляются бесплатно, если они предусмотрены стандартами оказания медицинской помощи и входят в соответствующие перечни.

Если пациента просят приобрести лекарства за собственный счет, стоит прояснить этот вопрос в своей страховой компании. Специалисты помогут разобраться, положено ли бесплатное обеспечение данным препаратом, и при необходимости примут меры для защиты прав пациента.

Заблуждение №5. Жаловаться бессмысленно — ничего не изменится

Опасаясь испортить отношения с врачом, некоторые люди выбирают молчать и терпеть.

Как на самом деле

Обращение в страховую медицинскую организацию — это не жалоба «ради жалобы», а предусмотренный системой ОМС механизм защиты прав пациента.

Страховые представители ежедневно помогают людям решать вопросы с записью на прием, обследованиями, госпитализацией, качеством медицинской помощи и другими сложными ситуациями. При необходимости специалисты проводят экспертизу качества оказанной медицинской помощи и взаимодействуют с руководством медицинских организаций для устранения нарушений.

Такая работа помогает не только решить проблему конкретного пациента, но и сделать медицинскую помощь более качественной для всех.

Сегодня полис ОМС — это в первую очередь ваше право на бесплатную и качественную медицинскую помощь, и страховая компания поможет вам его реализовать.

Если вы застрахованы в «СОГАЗ-Мед» и у вас возникают вопросы по лечению, сложности с записью к врачу, обследованием или госпитализацией, сотрудники компании бесплатно проконсультируют вас, помогут разобраться в ситуации и окажут содействие в получении медицинской помощи. Просто позвоните по номеру 8-800-100-07-02, напишите на сайте sogaz-med.ru или зайдите в ближайший офис компании.

Не забывайте: страховая — это ваш помощник и проводник в системе здравоохранения.