

ИНСТИТУТ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

С 1 июля в России начал работать институт страховых представителей. Клиентоориентированность в здравоохранении прописана [Приказом Федерального фонда ОМС от 11.05.2016 г. №88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи»](#).

Что это означает для владельцев полиса ОМС? Отныне страховые медицинские организации на законодательном уровне обязали оказывать информационное сопровождение владельцев полисов. Совершенствование системы ОМС в первую очередь направлено на то, чтобы у каждого владельца полиса ОМС был свой страховой представитель, который не только защищает права гражданина на получение бесплатной медицинской помощи и осуществляет его информационное сопровождение на всех этапах оказания помощи, но и информирует об участии в диспансеризации.

Всего предполагается **три уровня страховых представителей.**

Первый уровень - работники call-центров, которые дают консультации по получению медицинских услуг. На **представителей второго уровня** (страховых поверенных) возложена работа по информированию застрахованных лиц и их информационному сопровождению при получении медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, а также защиты их прав и законных интересов в сфере ОМС. Страховые представители второго уровня начали свою работу с 11 января 2017 года - у каждого застрахованного лица должен быть свой страховой представитель.

Страховые представители третьего уровня - это квалифицированные эксперты, которые проводят экспертизу качества лечения и определяют, были ли нарушены права пациента или нет, в случае поступившей от пациента жалобы - принимают меры к ее устранению.

С 1 июля повсеместно начали свою работу представители первого уровня, а к 2018 году планируется запустить всю трехступенчатую систему.

Коммуникация между пациентами лечебных учреждений и представителями страховых медицинских организаций выстроена через [call-центры страховых медицинских организаций](#).

[Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июня 2016 г. N 423н регламентирует Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.](#)

Страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по обращениям, и путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (далее - страховые представители), о:

1) медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;

2) праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;

3) порядке получения полиса;

4) видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ;

5) прохождении диспансеризации;

6) прохождении профилактического медицинского осмотра;

7) перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании поданных медицинскими организациями в страховую медицинскую организацию реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);

8) выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц).

Страховая медицинская организация проводит опросы застрахованных лиц и их законных представителей о доступности медицинской помощи в медицинских организациях.

Когда гражданам, их родственникам и близким следует обращаться к страховому представителю:

- отказали в бесплатной госпитализации при наличии направления или в экстренной ситуации;

- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) или принести лекарственные средства и/или расходные материалы, необходимые для лечения;

- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) какие-либо медицинские услуги;

- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) диагностические исследования и анализы, которые могут быть выполнены только вне стационара, где гражданин проходит лечение;

- предлагают подписать согласие на отказ от предоставления бесплатной медицинской помощи в пользу платной;

- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) транспортировку в другое медицинское учреждение для консультации или для перевода на лечение в иное медицинское учреждение;

- при ознакомлении с медицинской документацией у пациента возникли вопросы, которые не разъяснены лечащим врачом;

- гражданину отказывают в ознакомлении с медицинской документацией, в выдаче ее копий;

- перед медицинским вмешательством у гражданина не получено письменное добровольное информированное согласие;

- у гражданина возникли претензии к действиям медицинского и иного персонала;
- у гражданина возникли иные вопросы по порядку и условиям получения бесплатной медицинской помощи.

Страховой представитель обязан не только разобраться в вопросах и проблемах пациентов, но и принять активное участие в их разрешении.