ОРИЕНТИР — ПАЦИЕНТ

На Всероссийском консилиуме заслуженных врачей задача построения пациентоориентированной модели здравоохранения рассматривалась как целевая. Заинтересованный в своем здоровье, знающий свои права и обязанности, и умеющий ими пользоваться пациент — главный элемент системы. Как страховщики участвуют в реализации этой амбициозной задачи, рассказал генеральный директор «РЕСО-МЕД» Юрий Демин.

Современные страховые технологии: В чем состоит роль страховщиков при переходе к пациентоориентированной модели?

Юрий Демин: Страховые медицинские организации принадлежат к числу участников системы обязательного медицинского страхования, ОМС, наряду с Федеральным фондом (ФОМС), территориальными фондами ОМС и лечебными учреждениями.

Независимо от того, в какой компании был оформлен полис ОМС, человек получает одинаковый набор медуслуг, предусмотренный Программой госгарантий. Но разница между страховщиками все же существует. Эффективно работают те компании, которые оказывают оперативную всестороннюю поддержку застрахованному на всех этапах оказания ему медицинской помощи, являясь консультантом и защитником его интересов.

В 2016 году начал свою работу институт страховых представителей. Это совершенно новый уровень защиты прав и законных интересов застрахованных граждан, ключевое звено, которое связывает пациента и медицинское учреждение. У каждого человека существует куратор в страховой компании — контактное лицо, обращаясь к которому можно будет решить возникающие вопросы. Этого института вполне хватает, чтобы «развернуть» здравоохранение лицом к пациенту.

К сожалению, большинство людей не читают ни правила страхования, ни бу-

Юрий Демин
Директор «РЕСО-МЕД»

450 страховых представителей, прошедших специальную подготовку, работают в РЕСО-МЕД

ИЗ ПРАКТИКИ КОМПАНИИ

Некачественная медицинская помощь

В результате падения и перелома бедра А. Р. проходил лечение в муниципальном ЛПУ Московской области. Из-за дефектов в лечебном процессе перелом был диагностирован не сразу, операция проведена спустя значительное время, из-за чего увеличился срок нахождения на больничном.
Пациент самостоятельно обратился с жалобой в адрес лечебного учреждения, но получил в ответ обвинения в несоблюдении режима лечения и угрозу встречного иска. Пациент вовремя обратился за экспертной юридической помощью в сфере медицинского права. Подан иск в суд о компенсации. Во время судебного разбирательства обвинения нами были опровергнуты,

доказан факт некачественного лечения, а экспертиза подтвердила прямую связь качества и сроков лечения, представлены доказательства понесенного морального вреда. Требования компенсации морального вреда были удовлетворены полностью, оплату экспертизы и услуг юриста полностью возложили на лечебное учреждение.
В настоящее время в суд подан второй иск по данному делу в связи с компенсацией оплаты за реабилитационный санаторий и процедуры.

Несвоевременная диагностика

Семён Ф. обратился в поликлинику в связи со снижением зрения, но в поликлинике не смогли поставить диагноз и ограничились назначением витаминов. Пациент сразу обратился в другое учреждение, где установили отслойку сетчатки, провели необходимые анализы, назначили и провели лечение. Часть лечения оплачена из средств пациента. После выздоровления Семён Ф. обратился к нам за разъяснениями и помощью. Компания изучила документы, составила план, направила письма в контролирующие организации и в поликлинику с требованием компенсации. Однако досудебным путём спор не был урегулирован. В суде поликлиника настаивала на том, что симптомов болезни на самом деле не было, что пациент нарушал ранние рекомендации врачей, потребовали проведения судебной экспертизы, оказывали давление на пациента. Мы привлекли опытного эксперта-офтальмолога, который помог сформулировать правильные исчерпывающие вопросы для экспертизы. Суд выигран: принято решение в полном объеме компенсировать пациенту расходы, частично удовлетворено требование о компенсации морального вреда. На обжалование решения суда поликлиника не решилась, и решение вступило в силу.

клеты, ни листовки, каким бы простым языком мы их ни написали. Чтобы человеку, который уже обратился за медицинской помощью, понимать, на что он имеет право и как этим правом воспользоваться, нужны страховые представители. Это единственное решение, но оно всеобъемлющее. И оно достаточно дорогостоящее для страховщиков, так как влечет за собой инфраструктурные изменения: в IT-системах, в коммуникации, в подготовке кадров. Это сложная, многолетняя, кропотливая и последовательная работа, т. к. страховщикам нужно изменить ментальность страхователей.

Как справедливо отметила председатель ФОМС Наталья Стадченко, прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС — отстаивать права застрахованных. Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность вплоть до запрета работы в системе ОМС. От того, насколько быстро и профессионально специалисты компании проконсультируют застрахованного, проинформируют о правах и, в случае необходимости, встанут на защиту его интересов, зависит скорость и качество оказания ему необходимой помощи.

ССТ: Сейчас на полисе ОМС даже нет названия страховой компании. Как клиент может обратиться к страховщику за консультацией?

Ю. Д.: Существует два вида полиса ОМС: бумажный формата А5 и электронный в виде пластиковой карты. Информация о страховой компании указана на обороте бумажного варианта полиса и в ЧИПе электронного.

Отмечу, что карточка привязана к человеку, а не к страховой компании и является инструментом для многолетнего использования, что дает возможность застрахованным менять страховую компанию в зависимости от сложившихся обстоятельств.

Около **90%** всех возникающих вопросов решается в формате телефонных переговоров на этапе первичного обращения

При выдаче полиса застрахованный получает памятку, подробно рассказывающую о его правах и обязанностях. Также в ней указан телефон бесплатного колл-центра для оперативной связи со специалистами страховой компании.

Рекомендую сохранить этот номер в мобильном телефоне и при возникновении вопросов или спорной ситуации при получении медицинской помощи незамедлительно обращаться в страховую компанию.

ССТ: Как страховщики информируют пациентов (своих клиентов) о новостях, изменениях в порядке обслуживания, о правах и обязанностях и пр.?

Ю. Д.: В РЕСО-МЕД используются все каналы коммуникации: колл-центр, сайт www.reso-med.com, e-mail, SMS, автообзвон, мессенджеры, социальные сети, почтовые отправления.

Застрахованные получают своевременную информацию о готовности полиса, возможности прохождения диспансеризации или профилактических осмотров, напоминание о необходимости следовать рекомендациям врача, советы по сохранению здоровья и прочее.

ССТ: Что нужно сделать, чтобы человек доверял своему страховщику, а страховщик заботился о своих клиентах?

Ю. Д.: В первую очередь страховая компания должна быть клиентоориентированной: необходимо контролировать качество оказываемой медицинской

Небрежное отношение к пациенту

Пожилой отец Л. Пугачевой поступил в стационар одной из больниц Подмосковья с сердечной недостаточностью. Было назначено обследование, в том числе КТ, для проведения которого пациента направили в соседний корпус без сопровождения. По пути пациент упал и скончался.

Вместе с истцом компания обратилась в суд. К участию в судебном заседании привлекли эксперта-кардиолога, который пояснил, какие именно дефекты были допущены медперсоналом в данном случае: несвоевременность мер по реанимации больного, отсутствие сопровождения на процедуры.

Адвокат лечебного учреждения сперва отвергал все обвинения, однако после составления вопросов для комплексной судебной экспертизы предложил заключение мирового соглашения, условия которого удовлетворили истца: компенсация похоронных затрат и морального вреда. Таким образом, учреждение признало свои ошибки.

В настоящее время денежные средства выплачены согласно мировому соглашению. Случай освещался в местной прессе.

Лекарственное обеспечение онкобольных

Супруг Н., обратившейся к нам за помощью, лежал в онкологическом отделении муниципальной больницы Подмосковья, где проходил курс химиотерапии в связи с раком пищевода. По рекомендации врачей вышестоящей организации супруга приобрела за свой счет очень дорогостоящие препараты. Между тем, онкологическим больным лекарства обязаны предоставлять за счет программ государственных гарантий, а стоимость препаратов может быть десятки и сотни тысяч рублей.

Однако, рекомендованных препаратов в клинике не оказалось, поэтому лечение было оплачено семьей пациента в сумме 86,6 тыс. руб. К сожалению, немногим позднее Н. скончался.
Мы проработали вопрос законодательного регламентирования лекарственного обеспечения онкобольных, получили разъяснения врача-онколога относительно практики назначения тех или иных препаратов, а затем подали иск в суд. Суд вынес решение о возврате средств, затраченных родственниками на приобретение препаратов, и оплате организацией, виновной в нарушении процесса обеспечения лекарствами, услуг юриста, привлеченного родственниками пациента для восстановления своих прав. К настоящему моменту средства возвращены.

Право на бесплатную медицинскую помощь

В июле 2014 г. В. А. проходила лечение в травматологическом отделении московской клиники, являющейся федеральным бюджетным учреждением, в связи с переломом бедра. Для проведения операции пациентке предложили купить за наличный расчет фиксирующие пластины и винты на общую сумму 110 тыс. руб. Кроме того, ряд исследований ей также предложили сделать за свой счет. Установив, что пациентка имела право на бесплатную медпомощь в полном объеме, включая качественные импланты, мы составили досудебную претензию с предложением клинике о добровольном возмещении расходов.
Получив отказ, наша компания обратилась в суд. К заседанию мы привлекли представителей контролирующих организаций сферы здравоохранения, которые подтвердили факт нарушения права пациентки.
Суду были представлены разъяснения законодательства относительно данного случая, и в результате суд принял положительное для пациентки решение.

помощи застрахованному, стремиться к взаимопониманию, демонстрировать доброжелательность. Когда граждане сталкиваются сталкиваются с такими проблемами, как нарушение сроков ожидания лечения, отказ в егопредоставлении, взимание платы за гарантированную медицинскую помощь и т. д. — сотрудники нашей компании оперативно реагируют и приходят на помощь клиентам. Для этого у нас работает круглосуточный бесплатный колл-центр, отделы защиты прав застрахованных в 14 регионах РФ, страховые представители в медицинских организациях.

ССТ: Что вы делаете в части контроля за полнотой и качеством оказания медицинской помощи?

Ю. Д.: Одной из форм защиты прав застрахованных является контроль сроков и качества предоставляемого лечения, который включает в себя проведение экспертиз — как в плановом порядке, так и по обращениям застрахованных. При выявлении дефектов к медицинским организациям применяются финансовые санкции. Полученные средства аккумулируются в системе ОМС и используются в дальнейшем для финансирования профессионального образования медицинских работников и приобретения или проведения ремонта медицинского оборудования.

Информация о выявленных нарушениях доводится до сведения руководства лечебных учреждений с предложениями и рекомендациями по устранению. Например, может быть рекомендовано дополнительное обследование либо направление пациента на следующий этап оказания медпомощи. Результаты контрольных мероприятий доводятся и до сведения застрахованного.

Если медицинская помощь ненадлежащего качества привела к ухудшению состояния пациента, то страховая компания с согласия застрахованного инициирует судебное разбирательство.

Глобальность решений требует высокого уровня обсуждения задач. Такая площадка, как Совет здоровья нации при Президенте, полностью соответствует указанным целям.

Исковые требования, как правило, касаются компенсации морального и материального вреда.

При судебном разбирательстве РЕСО-МЕД предоставляет застрахованным персонального юриста, который готовит материалы в судебный орган и осуществляет сопровождение искового дела до вынесения вердикта.

ССТ: В дорожной карте, одобренной на Всероссийском консилиуме заслуженных врачей, на 2018 год запланировано создание Совета здоровья нации при Президенте РФ, а также формирование рабочей группы по анализу финансового состояния системы оказания медицинской помощи гражданам. Насколько актуальны эти идеи?

Ю. Д.: Создание Совета здоровья нации мы приветствуем и поддерживаем. Вопросы здоровья населения, демографии, стратегического развития в части медицинского обеспечения требуют координации и взаимодействия разных ведомств и организаций. Глобальность решений требует высокого уровня обсуждения этих задач. Поэтому такая площадка, как Совет здоровья нации при Президенте, полностью соответствует указанным целям.

3 УРОВНЯ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ — СПЕЦИАЛИСТЫ КОЛЛ-ЦЕНТРА

- круглосуточно консультируют застрахованных по вопросам ОМС
- проводят телефонные опросы для контроля своевременности оказания и удовлетворенности пациентов медицинской помощью (результаты опросов помогают сделать систему ОМС более комфортной и доступной)

ВТОРОЙ УРОВЕНЬ:

- информационная поддержка при оказании застрахованным медицинской помощи и информирование о возможности пройти диспансеризацию

ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ — ЭКСПЕРТЫ КОМПАНИИ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ И СТАЖЕМ РАБОТЫ НЕ МЕНЕЕ 5 ЛЕТ:

- работают с обращениями и обеспечивают оперативное разрешение спорных ситуаций, возникающих между пациентом и медицинским работником при оказании медицинской помощи