

За 6 месяцев 2019 года в АО «МАКС-М» в Московской области поступило около 37 тысяч устных и письменных обращений от застрахованных граждан. Все обращения рассмотрены страховыми представителями 1 и 2 уровней. В работе с жалобами участвовали и страховые представители 3 уровня – эксперты страховой компании. Обращения касались самых различных аспектов получения медицинской помощи. Около консультаций 70% (порядка 27 тыс.) пришлось на вопросы получения полиса ОМС, замены страховой медицинской компании, медицинской организации; около 10% консультаций (примерно 4 тыс.) проведено по вопросам организации работы медицинских организаций и оказания медицинской помощи, в том числе по вопросам проведения ЭКО, по условиям оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях, по вопросам сроков ожидания оказания медицинской помощи, регламентированных законодательством. Вопросы проведения профилактических мероприятий, в том числе диспансеризации, были тоже достаточно часты – до 4% (порядка 1,5 тыс.); лекарственного обеспечения – до 1,5%; по случаям взимания денежных средств за медицинскую помощь, предусмотренную программой ОМС — до 3%.

За полгода зарегистрировано 227 жалоб, из которых обоснованными признаны 169. Структура видов обоснованных жалоб такова: порядка 50% — на организацию работы медицинской организации; около 27 % — на оказание медицинской помощи, в том числе при сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях; около 11% — на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС и столько же – на организацию проведения профилактических мероприятий.

Приоритетом в работе страховых представителей АО «МАКС-М» является практическая помощь застрахованным гражданам. Ситуация, изложенная в каждом обращении, анализируется на соответствие действующему законодательству РФ, в том числе в системе ОМС, запрашиваются необходимые дополнительные документы из медицинской организации, проводятся экспертно-аналитические мероприятия, и, в соответствии с полученными данными, формируется аргументированный вывод-решение по каждому обращению. О выявленных нарушениях информируется администрация проверяемой медицинской организации, применяются финансовые санкции, в соответствии с нормативной документацией. Если же подтверждается факт неправомерного взимания денежных средств с застрахованного лица при оказании ему медицинской помощи по полису ОМС, то страховые представители ведут переговоры с администрацией медицинской организации, разъясняя ситуацию и необходимость возмещения гражданину затраченной им денежной суммы.

Например, в Дирекцию медицинского страхования АО «МАКС-М» в Московской области направил письменную жалобу гражданин N. В ней он сообщил, что находясь на лечении в терапевтическом отделении одного из стационаров Московской, ему пришлось приобретать лекарственные препараты, шприцы и изделия медицинского назначения за собственный счет. Пациент обратился в страховую компанию с просьбой о возмещении расходов. Специалистами «МАКС-М» была проведена целевая экспертиза страхового случая по жалобе застрахованного лица.

В процессе экспертной работы было установлено нарушение прав застрахованного лица. Оно выразилось в приобретении пациентом лекарственных средств и изделий

медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств». Жалоба признана обоснованной. Проведен разбор случая с руководством медицинской организации, рекомендовано обеспечить в досудебном порядке возврат денежных средств в размере 7 тыс. 178 рублей . Застрахованному лицу направлен письменный ответ с информацией по результатам экспертизы. Администрация медицинской организации возместила расходы пациента. Напоминаем, что страховые представители АО «МАКС-М» в круглосуточном режиме готовы ответить на вопросы о порядке оказания бесплатной медицинской помощи ,проконсультировать, куда и как можно обратиться при возникновении вопросов и жалоб по конкретному случаю

Источник: Википедия страхования, 29.08.2019