**Материалы представлены Тверским филиалом страховой медицинской организации ООО «Альфастрахование - ОМС»**

**ИНСТИТУТ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ. ЗАЩИТА ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ.**

**С 1 июля 2016 г в России начал работать ИНСТИТУТ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ.**

СМО на законодательном уровне обязали оказывать информационное сопровождение застрахованных лиц в системе ОМС. Совершенствование системы ОМС в первую очередь направлено на то, чтобы у каждого застрахованного 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 существует три уровня страховых представителей.**

1 уровень – это специалист контакт-центра СМО, предоставляющий по устным обращениям застрахованных лиц информацию по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера (действует с 01.07.2016г);

2 уровень — специалист СМО — администрирование и организация работы с застрахованными лицами по информированию и сопровождению при организации оказания медицинской помощи, в т.ч. профилактических мероприятий, а также защиты прав и законных интересов в сфере ОМС (действует с 01.01.2017г);

3 уровень — специалист-эксперт СМО — администрирование письменных обращений по вопросам качества оказанной медицинской помощи, а также обеспечение индивидуального информирования и сопровождения застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи по результатам диспансеризации (действует с 01.01.2018г).

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.

**Как найти своего страхового представителя?**

Если у вас возникли вопросы по получению медицинской помощи в рамках ОМС, следует обращаться к своему страховому представителю. Найти его можно непосредственно в офисе страховой компании, позвонив по номерам телефонов, указанным на одной из сторон вашего полиса ОМС или на сайте компании. Можно обратиться в единый контакт-центр ОМС Тверской области 8-800-100-88-62.

**ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ?**

**Диспансеризация** – обследование, направленное на раннее выявление распространенных хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития, профилактическое консультирование и назначение лечения. Проводится в два этапа - основное и дополнительное обследование. В настоящее время бесплатную диспансеризацию могут пройти все желающие, застрахованные в системе обязательного медицинского страхования, каждые три года, начиная с возраста 18 лет и далее в 21, 24, 27 и т.д.

**1-й (первый) этап**

Основывается на выявлении у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний (болезней системы кровообращения: ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, сахарного диабета, злокачественных новообразований, хронических болезней легких, повышенного внутриглазного давления), факторов риска их развития, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

1-й этап заканчивается проведением краткого профилактического консультирования участкового терапевта.

**2-й (второй) этап**

Основывается на медицинских показаниях, выявленных на 1-м этапе. Он заключается в проведении дополнительных инструментально-лабораторных исследований, уточнении диагноза и проведении более углубленного профилактического консультирования.

**Как узнать о прохождении диспансеризации?**

Источники информирования:

- страховые медицинские организации (различные каналы связи: СМС-информирование, почтовая рассылка, телефонные звонки)

- медицинские организации

- публичное информирование (газеты, телевидение)

**Как пройти диспансеризацию?**

Для начала необходимо обратиться в поликлинику, наличие полиса ОМС обязательно. В рамках комплексного осмотра, при выявлении факторов риска возможного развития заболевания, предусмотрено индивидуальное профилактическое консультирование: пациенту предоставляется информация о состоянии его здоровья и необходимые рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения и употребления алкоголя.

**Группы здоровья, что это значит?**

По результатам диспансеризации определяется группа здоровья:

* 1 группа – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания. Таких пациентов ждет консультация по здоровому образу жизни.
* 2 группа - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития различных хронических заболеваний. Проводится коррекция факторов риска, рекомендуются мероприятия по их снижению.
* 3 группа обозначает необходимость лечения и диспансерного наблюдения.

**Что требуется от пациента?**

Перед началом обследования необходимо будет заполнить анкету, которая позволяет взглянуть на себя со стороны, и позволяет задать себе вопросы: почему курю, употребляю алкоголь, много ем жирного или сладкого и т.д. В анкете указывается вес, рост, давление, данные о наличии хронических заболеваний, данные об образе жизни, режиме труда, вредных привычках и других индивидуальных особенностях. Затем пациенту выдают направления на определённые диагностические исследования.

После того, как все указанные исследования будут пройдены, человек должен обратиться к своему лечащему доктору. Специалист проведёт осмотр и ознакомится с результатами анализов. В том случае, если доктор не увидит абсолютно никаких отклонений, пациент должен будет посетить поликлинику только в следующем году для прохождения профилактического осмотра, либо через 2 года для прохождения очередной диспансеризации. Конечно же, при возникновении различных жалоб на состояние здоровья, обращаться к доктору следует безотлагательно.

**Где проконсультироваться?**

Подробную информацию о порядке и условиях прохождения диспансеризации и профилактических осмотров можно получить в регистратуре поликлиники и в своей страховой медицинской организации.