



Внимание!

Бесплатная медицинская помощь: За свое право зачем платить?

С 1 января 2011 года в нашей стране вступил в силу новый «Закон об обязательном медицинском страховании граждан Российской Федерации». В него включен ряд важных статей, которые направлены на улучшение качества предоставляемых медицинскими учреждениями услуг и совершенствование защиты прав застрахованных по полису ОМС граждан. О том, на что может рассчитывать житель Мордовии, обращаясь за медицин-



ской помощью, сегодня читателям «С» рассказывает начальник отдела организации обязательного медицинского страхования Галина Борисова.

— Врач предлагает пациенту пройти обследование платно. Как узнать, является ли эта услуга бесплатной (оплачивается средствами ОМС) или платной? Кто поможет человеку с полисом ОМС разобраться в этом?

Г. Б.: Задайте вопрос врачу, почему обследование платное? Есть ли альтернатива платному обследованию? Не спешите платить. Обратитесь к администрации лечебного учреждения: заместителю главного врача, главному врачу. Если пациент государственного учреждения нуждается в обследовании и лечении, его лечащий врач обязан организовать все необходимые лечебно-диагностические мероприятия в рамках возможностей медицинского страхования и медицинских услуг, оплачиваемых из бюджета и средств ОМС. В истории болезни пациента, в амбулаторной карте об этом должны быть сделаны необходимые записи. Отсутствие тех или иных возможностей диагностики и лечения в данном учреждении совсем не означает, что они являются платными. В абсолютном большинстве случаев необходимые услуги пациент может бесплатно получить в других медицинских учреждениях, деятельность которых финансируется также из средств ОМС и бюджета. Врач может рекомендовать пациенту воспользоваться платными медицинскими услугами, но только из числа тех, которые пациенту не должны быть обеспечены в рамках Программы государственных гарантий бесплатной помощи. Обязательно требуйте направление на обследование. Часто предлагается пройти за плату обследование вне очереди. Со-

Страховая компания обязана

- > Обеспечить защиту ваших прав и законных интересов в ОМС.
- > Осуществлять прием обращений застрахованных ею граждан. Если в обращении гражданина содержится жалоба на предоставление или несоблюдение условий оказания медицинской помощи, страховая компания обязана в течение трех суток решить вопрос о сроках, месте и виде оказания этому гражданину необходимой медицинской помощи либо дать мотивированный отказ.
- > Рассматривать заявления граждан и способствовать возмещению неправомерно полученных у застрахованных граждан денег при лечении в медицинских учреждениях системы ОМС (срок рассмотрения письменного заявления — один месяц).

гласно программе государственных гарантий очередность на любое плановое обследование не должна превышать 7 дней, а по экстренным показаниям — делается незамедлительно.

Если ваше обращение к администрации лечебного учреждения не имеет результата, обратитесь в страховую медицинскую организацию, телефон которой написан на вашем полисе.

— Если человек все-таки оплатил процедуру, можно ли вернуть потраченные средства?

Г. Б.: Если пациент понимает, что его все-таки вынуждают заплатить, иначе он не получит необходимой помощи, то, внося деньги в кассу, ни в коем случае не следует никому отдавать чек (квитанцию), под каким бы предлогом они не истребовались. Только по предъявлении этой квитанции (чека) в страховую компанию последняя может вернуть пациенту фигурирующую там сумму.

Пациент или его представитель должен в возможно более короткий срок после происшедшего обратиться в страховую компанию. Ему надо направить в страховую компанию письменное заявление о факте взимания с него денежных средств во время лечения или приобретения лекарственных препаратов во время стационарного лечения, содержащее требование возврата затраченных при получении медицинских услуг в рамках ОМС денег. К заявлению необходимо приложить копии финансовых документов, подтверждающих факт расходования денежных средств на оплату услуг, препара-

тов, изделий и тому подобное (например, кассовый чек, приходный кассовый ордер, договор на оказание платных услуг).

В соответствии с действующими правилами страховая компания после получения документов, представленных застрахованным гражданином, обязана провести медико-экономическую экспертизу. При нарушении прав граждан после проведения экспертизы средства перечисляются на лицевой счет пациента.

Письменное уведомление о решении возместить неправомерно понесенные расходы или об отказе в удовлетворении требований заявителя направляются заявителю и руководителю медицинского учреждения. Гражданин после получения отказа от страховой компании вправе обжаловать его в Территориальном фонде ОМС. Для этого в адрес фонда необходимо направить заявление с просьбой о пересмотре решения страховой компании и копию письменного уведомления об отказе в удовлетворении его требований.

Если страховая компания не защищает ваши интересы, вы можете обратиться в Территориальный фонд ОМС и письменно обжаловать ее действия. Если и это не поможет — обратиться к прокуратуре, с иском в суд. Требование возврата неправомерно полученных в рамках оказания услуг по программе ОМС денежных средств пациент может в таком иске предъявлять уже не медицинскому учреждению, где с него неправомерно получили деньги, а к страховой компании, которая эти деньги могла вернуть, была обязана сделать это в интересах гражданина, но не выполнила своей обязанности.

— Какие нарушения прав застрахованных встречаются наиболее часто?

Г. Б.: В 2011 году в страховые медицинские организации и ТФОМС РМ обратились с письменными заявлениями 350 человек. В основном это заявления о возмещении средств, затраченных на приобретение медикаментов или на обследование.

— Если в поликлинике отсут-

ТФОМС Республики Мордовия в сети интернет поможет Вам

- <http://www.тфомсрм.рф>
- > быть в курсе актуальной нормативно-справочной информации по ОМС
- > узнать о графике приема граждан по вопросам качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях Республики Мордовия
- > оставить вопрос и в короткие сроки получить квалифицированный ответ
- > получить информацию о порядке получения полиса ОМС

ствует нужный узкий специалист и пациент не может получить там необходимую медицинскую помощь, что делать?

Г. Б.: Лечащий врач, заведующий отделением обязаны организовать обследование пациента по медицинским показаниям, направить его в специализированное лечебное учреждение. Если вас направляют на консультацию к более высококвалифицированному специалисту, врач обязан выдать Вам направление с указанием цели направления и всех сделанных обследований на этапе поликлиники по месту жительства.

— Как сменить поликлинику?

Г. Б.: В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ФЗ-326 от 29.11.2010 г.) сменить поликлинику можно один раз в год. Министерством здравоохранения РМ во исполнение этой статьи закона должен быть утвержден порядок прикрепления граждан к медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи. Первичная медико-санитарная помощь — это помощь поликлиническая.

Сегодня такой порядок не утвержден, но, исходя из реального

положения вещей, гражданин имеет право прикрепиться к медицинской организации в случае, если он живет в зоне обслуживания данной медицинской организации. В противном случае поликлиника не может исполнить свои обязанности по обслуживанию пациента на дому.

Сейчас нередки такие ситуации, когда человек зарегистрирован по месту жительства в одном районе республики, города или даже регионе РФ, а фактически проживает в другом. В таком случае для прикрепления к медицинской организации он должен написать заявление на имя главного врача с указанием адреса фактического проживания и должен быть прикреплен к медицинской организации по месту фактического проживания.

— Нужно ли свое прикрепление подтверждать каждый год или достаточно одного раза?

Г. Б.: Прикрепление можно изменить чаще только в случае перемещения места жительства. Ежегодно подтверждать прикрепление не нужно.

— Нужно ли сдавать полис ОМС при увольнении с работы? Если человек по требованию работодателя сдал свой полис, как ему получить медицинскую помощь пока он безработный?

Г. Б.: Согласно ст. 51 Закона «Об обязательном медицинском страховании», полисы, выданные до 1 января 2011 года, действительны до 1 января 2014 года, работодателем при увольнении полисы изыматься не должны. Если же такое случилось, незастрахованному лицу следует обратиться в страховую медицинскую организацию и получить полис единого образца. Право получить полис обязательного медицинского страхования имеют все граждане РФ независимо от того, работают они или нет.

— С какими проблемами могут обращаться жители в территориальный фонд ОМС?

Г. Б.: По всем волнующим вас вопросам можно обратиться по телефонам: 47-47-27, 47-41-92. На сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия (<http://www.тфомсрм.рф>) в разделе «Обратная связь» можно оставить сообщение, и специалисты обязательно ответят на поставленные вами вопросы. С заявлениями, жалобами необходимо обращаться в страховые медицинские организации «СОГАЗ-Мед» — 23-28-48, 23-28-33. «Росгосстрах-Мордовия-Медицина» — 23-32-84, 47-95-55.

К кому обращаться если возникли проблемы

Если вас не устраивает что-либо в работе медицинского персонала, обращайтесь за разъяснениями к главному врачу, лучше это сделать в письменной форме, тогда Вы сможете получить письменный ответ и обсудить его при необходимости с юристом страховой медицинской организации. А жалобу на качество лечения лучше направлять в свою страховую компанию и тоже в письменной форме. Страховая компания обязана провести экспертизу качества медицинской помощи и в случае необходимости организовать вам получение качественной медицинской помощи.