

ПАМЯТКА
ПАЦИЕНТУ

ЦЕНТР

ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН

справедливо-центр.рф
8-800-755-55-77

КУДА ЖАЛОВАТЬСЯ НА НЕДОСТУПНУЮ МЕДПОМОЩЬ И ПОБОРЫ

**Предельные сроки ожидания
врачебной помощи**

**Обязанности страховой компании
по защите прав пациента**

**Бесплатная экспертиза
качества медпомощи**

ПРОГРАММА
ПРАВОВОГО
ПРОСВЕЩЕНИЯ
ГРАЖДАН

КУДА ЖАЛОВАТЬСЯ НА НЕДОСТУПНУЮ МЕДПОМОЩЬ И ПОБОРЫ

**Предельные сроки ожидания
врачебной помощи**

**Обязанности страховой компании
по защите прав пациента**

Бесплатная экспертиза качества медпомощи

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДЕЛЬНЫЕ СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	5
<i>Что относится к нарушению прав пациента на получение медицинской помощи в системе ОМС</i>	7
ЧТО ДЕЛАТЬ, КОГДА НЕТ ВРАЧЕЙ ИЛИ ВЫМОГАЮТ ДЕНЬГИ.....	8
<i>Если нет талонов и превышены сроки ожидания врачебного приема.....</i>	8
<i>Если отказали в приеме по полису, оформленному в другом регионе.....</i>	9
<i>Если закрыли медпункт, а до ближайшей больницы десятки километров.....</i>	11
КАК ОСПОРИТЬ ПЛАТУ ЗА ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕКАРСТВА, ПОЛОЖЕННЫЕ БЕСПЛАТНО	13
<i>Если пришлось купить лекарство или оплатить процедуру за свой счет</i>	14
<i>Если вынуждают оплатить транспортировку в другую клинику для консультации или обследования.....</i>	16
ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТА	17
<i>В каких случаях необходимо срочно пожаловаться страховщикам.....</i>	17
<i>Чем поможет представитель страховой компании</i>	18
<i>В какие сроки обязана отреагировать страховая компания</i>	19
<i>Что делать, если страховая компания не реагирует на просьбу о помощи.....</i>	20
КАКИЕ ЕЩЕ ЕСТЬ СПОСОБЫ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТА.....	20
КАК ПОТРЕБОВАТЬ БЕСПЛАТНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ КАЧЕСТВА МЕДПОМОЩИ.....	22
ОТВЕТЫ НА ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ.....	25



Нехватка профильных врачей и талонов к терапевту.

Дефицит лекарств по льготным рецептам и очереди на УЗИ или МРТ.

Пациенты поликлиник и стационаров привыкли, что государственная медицина редко где соответствует стандартам доступности.

Дескать, раз бесплатно – надо подождать. На самом деле государственная медицина вовсе не бесплатная.

Лечение по полису ОМС сполна оплачено страховыми взносами с заработной платы.

Вот почему каждый пациент вправе требовать доступную, своевременную и качественную медицинскую помощь.

- ❑ *В какие сроки медучреждение обязано принять пациента. Что делать, если в поликлинике или стационаре просят заплатить за анализы или обследование.*
- ❑ *Как провести бесплатную экспертизу медпомощи и потребовать с больницы возмещения ущерба, если лечение привело к осложнениям.*
- ❑ *Что обязана предпринять страховая компания, если в поликлинике нет узких специалистов или талонов к нужному врачу.*

Подробности – в новой инструкции Центров защиты прав граждан.

Перед тем как рассмотреть виды нарушений, с которыми сталкиваются пациенты, напомним: в России действует бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения.

Граждане РФ имеют право на все виды базовой помощи в государственных медучреждениях бесплатно по полису ОМС.

Для этого Правительство ежегодно утверждает федеральную Программу государственных гарантий на оказание медицинской помощи.

Эта Программа претерпевает изменения каждый год. Отметим, в выгодную для пациентов сторону.

Так, с 2023 года пациентам, нуждающимся в дорогостоящем лечении в клинике другого региона, **не надо переоформлять полис** и прикрепляться к медучреждению на период лечения.

Достаточно направления от лечащего врача или врачебной комиссии.

С этого же года был расширен перечень схем лечения пациентов с гепатитом С, выросло финансирование программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Новорожденных стали тестировать бесплатно на 36 наследственных патологий.

С 2023 года были установлены дополнительные нормативы на **диспансерное наблюдение**. В частности, диспансерное наблюдение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Был дополнен перечень хронических заболеваний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением неврологом, эндокринологом и терапевтом.

Появилась медицинская реабилитация для пациентов с заболеваниями ЦНС, опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, сердечно-сосудистой системы, после онкоортопедических операций, а также участников СВО.

Для пациентов, переболевших ковидом, введена углубленная диспансеризация.

В Базовой Программе подробно описаны все виды медпомощи, которые положены гражданину по полису ОМС бесплатно, а также установлены сроки ожидания каждого вида помощи.

Территориальные программы, которые тоже принимаются каждый год, в обязательном порядке содержат весь перечень бесплатных видов помощи, установленных Базовой программой госгарантий по ОМС.

За счет дополнительного финансирования из средств региональных бюджетов власти субъектов РФ могут расширять базовый федеральный перечень дополнительными видами бесплатной медпомощи для жителей своего региона.

ПРЕДЕЛЬНЫЕ СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сроки ожидания установлены Постановлением Правительства РФ от 28.12.2023 №2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

При этом медицинская помощь в экстренной форме должна быть оказана медицинской организацией и медработниками безотлагательно и бесплатно.

Об этом сказано в ст. 11 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступившими в силу с 01.04.2024).

Предельные сроки ожидания с момента обращения	Виды медицинской помощи
20 минут*	<p>В течение этого времени бригада скорой должна прибыть на вызов для оказания экстренной медицинской помощи.</p> <p><i>*Регионы имеют право превышать это время с учетом климатических условий и транспортной доступности. Норматив ожидания скорой регулируется региональным законодательством</i></p>
2 часа	<p>Неотложная первичная медико-санитарная помощь</p> <p>Речь об обработке и перевязке ран, остановке кровотечения, промывании желудка, наложении шины и т. д.</p>
24 часа	<p>Плановый прием у терапевта, участкового педиатра и врача общей практики</p>
3 рабочих дня	<p>Плановый прием пациента с подозрением на онкологическое заболевание узкими специалистами</p>
14 рабочих дней	<p>Плановое обследование узкими специалистами (окулистом, оториноларингологом, хирургом, неврологом и др.)</p>
7 рабочих дней	<p>Проведение диагностических и лабораторных исследований при подозрении на онкологическое заболевание</p>
14 рабочих дней	<p>Проведение лабораторных и диагностических исследований (в том числе УЗИ, рентген, маммография, МРТ, КТ и ангиография)</p>
7 рабочих дней	<p>Плановая госпитализация в стационар и оказание специализированной плановой помощи онкопациентам (за исключением высокотехнологичной) со дня постановки диагноза</p>
14 рабочих дней	<p>Плановая госпитализация в стационар и специализированная медицинская помощь пациентам (за исключением высокотехнологичной) со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию</p>

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Контроль за соблюдением Программы, за качеством и доступностью медицинских услуг для населения осуществляют страховые медицинские организации (СМО). Именно они оформляют полисы ОМС.

ЧТО ОТНОСИТСЯ К НАРУШЕНИЮ ПРАВ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ И КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС

- 1. Взимание врачами и средним медицинским персоналом государственных медорганизаций платы за оказание медпомощи и предоставление услуг, которые гарантированы пациенту бесплатно по полису ОМС.*
- 2. Понуждение пациента в период стационарного лечения к самостоятельной покупке лекарственных средств и изделий медицинского назначения, которые входят в перечень жизненно необходимых лекарств и медицинских изделий.*
- 3. Несоблюдение сроков предоставления плановой медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий, при наличии направления от врача.*
- 4. Отказ в плановой госпитализации при наличии направления или в экстренной ситуации.*
- 5. Невозможность попасть на необходимое обследование или консультацию к узкому специалисту по направлению от участкового врача.*
- 6. Направление врачом пациента в коммерческие медицинские организации для выполнения платных исследований, предусмотренных Программой госгарантий как бесплатные по полису ОМС.*
- 7. Неудовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи и врачебные ошибки, которые привели к ухудшению здоровья пациента, вплоть до инвалидности.*



ЧТО ДЕЛАТЬ, КОГДА НЕТ ВРАЧЕЙ ИЛИ ВЫМОГАЮТ ДЕНЬГИ

ЕСЛИ НЕТ ТАЛОНОВ ИЛИ ПРЕВЫШЕНЫ СРОКИ ОЖИДАНИЯ ВРАЧЕБНОГО ПРИЕМА

Если нарушены предельные сроки ожидания, вас не записывают в течение нормативного времени к узкому специалисту или говорят, что очередь на бесплатное УЗИ подойдет только через пару месяцев, в первую очередь необходимо обратиться к руководству медицинской организации.

Это может быть главврач или его заместитель по лечебной части, завотделением или старшая медсестра.

Если в медучреждении считают нарушение сроков ожидания нормой и отвечают: «Не можем помочь, дефицит кадров, врач в отпуске и т. п.», – медучреждение обязано направить вас на бесплатный прием или обследование в другую медорганизацию.

Самый оперативный способ решить проблему «нет врача или талона» – позвонить в страховую компанию, от которой у вас оформлен полис ОМС.

Прямая обязанность страховых представителей – работать с обращениями пациентов, застрахованных в системе ОМС.

Кроме того, представители страховых медицинских компаний обладают особыми полномочиями – от направления претензии главврачу до экспертизы качества медицинской помощи в целом медучреждении.

При выявленном нарушении медорганизацию могут оштрафовать. Поэтому после вмешательства страхового представителя дефицитный талон обычно сразу же находится.

Если медучреждение действительно столкнулось с поломкой диагностического оборудования, специалиста нет или к нему запись на месяц вперед, страховой представитель поможет пройти нужное обследование или получить консультацию врача в другом медучреждении.

Помощь страхового представителя оказывается бесплатно.

Прием или обследование в другом медучреждении тоже проводится бесплатно.

ЕСЛИ ОТКАЗАЛИ В ПРИЕМЕ ПО ПОЛИСУ, ОФОРМЛЕННОМУ В ДРУГОМ РЕГИОНЕ

Часто россияне, оказавшись в другом регионе (отпуск, командировка, поездка к родственникам), не могут получить неотложную и первичную медпомощь.

При обострении хронического заболевания, к примеру, не запишут на прием к терапевту. Причина – «у вас полис не нашей страховой компании».

Это грубейшее нарушение прав пациента.

В ст. 45 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) прямо указано, что полис ОМС является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации.

Если в приемном покое больницы или в регистратуре поликлиники вам сказали, что не примут с «чужим полисом ОМС»:

- 1 Обратитесь с устной жалобой к заведующему отделением, заведующему поликлиникой или к заместителю главного врача по лечебной работе.
- 2 Если руководство поликлиники или стационара настаивает, что не может вас принять без «местного полиса ОМС», напишите жалобу и потребуйте письменного подтверждения отказа с указанием причины.
- 3 Одновременно с этим позвоните в страховую медицинскую компанию, от которой у вас оформлен полис ОМС.

ЗАПОМНИТЕ!

- По полису ОМС пациента обязаны бесплатно принять в любом государственном медучреждении на территории РФ.
- Экстренные виды помощи в случае травмы, обострения хронического заболевания и т. п. неотложных причин обязаны оказать вне зависимости от того, оформлен или нет у пациента полис ОМС.

ПОЛЕЗНЫЙ СОВЕТ

Если вы переехали на постоянное место жительства в другой регион, необходимо прикрепиться к поликлинике по месту жительства.

Там у вас потребуют полис ОМС.

Если в новом регионе проживания нет представительства той страховой компании, от которой у вас был полис по прежнему месту жительства, перевыпустите полис ОМС в «местной» страховой компании.

ЕСЛИ ЗАКРЫЛИ МЕДПУНКТ, А ДО БЛИЖАЙШЕЙ БОЛЬНИЦЫ ДЕСЯТКИ КИЛОМЕТРОВ

В России существует стандарт, согласно которому населенные пункты оснащают медицинскими организациями в зависимости от численности населения. Полный перечень указан в Приказе Минздрава РФ от 27 февраля 2016 года №132н.

Вот как выглядит стандарт оснащения территорий медорганизациями:

- станция скорой медицинской помощи – 1 на 50 000 человек и выше;
- амбулатория – 1 на 2000–10 000 человек;
- поликлиника – 1 на 20 000–50 000 человек;
- детская поликлиника – 1 на 10 000–30 000 детей;
- участковая (сельская) больница – 1 на 5000–20 000 человек;
- городская больница – 1 на 20 000–300 000 человек;
- детская городская больница – 1 на 20 000–200 000 детей;
- районная больница – 1 на 20 000–100 000 человек.

В случае если в небольшом населенном пункте нет медпункта или прекратился врачебный прием, необходимо обратиться в местную администрацию.

Если там не приняли мер к обеспечению доступной медпомощью, жалуйтесь в прокуратуру и ставьте в известность свою страховую медицинскую компанию.

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ ЦЕНТРОВ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН

ЕКАТЕРИНБУРГ. Заставили региональный Минздрав открыть фельдшерско-акушерский пункт в отдаленном поселке.

Полтора года жители села Кочневское (Белоярский район Свердловской области) жили без медпункта. А в селе проживают 2000 человек!

Районная больница обещала набрать новых специалистов в закрытую амбулаторию среди выпускников медвузов и колледжей, но обещаниях забыла.

Между тем до ближайшей больницы – 30 км. Случись что – не доедут. Да и на плановые осмотры не накатаешься.

– По нормам в населенном пункте численностью до 10 000 человек должна быть хотя бы одна амбулатория, в том числе врачебная, или кабинет врача общей практики. Об этом говорится в Приказе Минздрава РФ от 27 февраля 2016 года №132н, – разъяснили в белоярском Центре защиты прав граждан.

Правозащитники подключили к разбирательству районную прокуратуру. После прокурорской проверки амбулатория возобновила работу. Пациентов принимают два фельдшера, в штат взяли медбрата.

Если в вашем населенном пункте закрыли амбулаторию, фельдшерско-акушерский пункт, не функционирует поликлиника или больница, необходимо обратиться за разъяснениями в орган местного самоуправления.

Уточните причину и сроки, в которые местные власти намерены решить проблему недоступной медпомощи.

Если стандарты доступности медпомощи нарушены, а местная администрация кормит «завтраками», необходимо:

1 Обратиться в прокуратуру.

В рамках прокурорского надзора прокуратура обязана проверить соблюдение прав пациентов при оказании медпомощи в рамках ОМС, а также соблюдение ст. 41 Конституции РФ, гарантирующей право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь.

2 Позвонить в страховую медицинскую компанию,

от которой у вас оформлен полис ОМС.

Страховщик обязан принять меры к обеспечению доступности и своевременности оказания медпомощи.

КАК ОСПОРИТЬ ПЛАТУ ЗА ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕКАРСТВА, ПОЛОЖЕННЫЕ БЕСПЛАТНО

Программой госгарантий ОМС определен перечень услуг, не подлежащих оплате за счет личных средств граждан (п. 3 ст. 80 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Объем диагностических и лечебных мероприятий для каждого конкретного пациента определяется лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи. Все анализы, процедуры, исследования и расходные материалы, назначенные лечащим врачом, должны быть бесплатными.

Так, в отделение хирургии одной из государственных московских больниц была госпитализирована пациентка для проведения плановой операции на плечевом суставе.

Накануне операции лечащий врач назначил дополнительное исследование – КТ плечевого сустава. И тут выяснилось: такого аппарата в больнице нет, необходимо срочно съездить в другую больницу на КТ и заплатить за свежий снимок 8500 рублей.

Оказавшись в безвыходной ситуации, пациентка самостоятельно добралась на такси до другой больницы, оплатила компьютерную томографию и на такси вернулась обратно в свою клинику.

Потратив на поездку и исследование в общей сложности 9800 рублей.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

Если в медучреждении нет нужного специалиста или оборудования для проведения исследований, пациента должны направить по ОМС туда, где есть такой врач или оборудование. Прием врача и все назначенные процедуры проводятся бесплатно!

Если медицинская организация предлагает вам оплатить оказание медицинской помощи, в том числе оплатить выдачу направления на лечение и проведение лабораторных исследований, необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС, и удостовериться, входит или нет данный вид медпомощи в Базовую программу госгарантий по полису ОМС.

Отказ застрахованного от заключения договора на платные услуги не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых пациенту без взимания платы в рамках Базовой федеральной программы и Территориальной программы госгарантий на медпомощь по полису ОМС.

ЕСЛИ ПРИШЛОСЬ КУПИТЬ ЛЕКАРСТВО ИЛИ ОПЛАТИТЬ ПРОЦЕДУРУ ЗА СВОЙ СЧЕТ

Если в то время, пока вы находитесь в стационаре, врач назначил вам, к примеру, лекарства и предложил купить их за свой счет, вы их купили, сохраните кассовый чек из аптеки!

Параллельно с этим позвоните в свою страховую компанию и уточните, положена ли вам назначенная лекарственная терапия или дополнительная процедура бесплатно по Программе госгарантий на бесплатную помощь по ОМС.

Если вас вынудили купить то, что положено по полису бесплатно, страховая компания обязана помочь вам потребовать возмещения расходов с медицинской организации.

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ ЦЕНТРОВ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН

КАЗАНЬ. Взыскали с больницы деньги за лекарства, которые онкобольная была вынуждена купить за свой счет.

Жительница Зеленодольска Анна Гаврилова (имя и фамилия изменены по просьбе заявителя) – инвалид I группы, у нее онкология. Еще одним сильнейшим ударом по здоровью стал коронавирус, которым женщина переболела в 2020 году.

Во время лечения в стационаре у пациентки закончились лекарства, выписанные по льготным рецептам. Гаврилова обратилась к лечащему врачу с просьбой выдать новый рецепт, но ей отказали. Пришлось купить необходимые препараты за свой счет.

Покупка обошлась в 6000 рублей. После выписки Гаврилова попросила больницу компенсировать расходы. И снова получила отказ.

«Правомерна ли позиция больницы?» – с таким вопросом женщина обратилась в казанский Центр защиты прав граждан.

Правозащитники объяснили, что по действующему в Республике Татарстан Приказу Минздрава от 9 ноября 2020 года №1887 все препараты от коронавируса пациентке полагались бесплатно. Кроме того, Гаврилова – федеральный льготник. А значит, больница обязана возместить ей расходы.

Юристы Центра помогли Гавриловой обратиться в суд. Суд обязал больницу не только выплатить пациентке понесенные затраты, но и компенсировать моральный вред.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется бесплатное лекарственное обеспечение в пределах установленного Правительством РФ Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Кроме того, пациента обязаны бесплатно обеспечить расходными материалами и изделиями медицинского назначения, медицинским инструментарием, необходимыми для лечения.

Если вы оказались в ситуации, когда нет возможности удостовериться, что медицинская услуга должна быть оказана бесплатно, а позднее вы выяснили, что с вас взяли деньги незаконно, существует два способа возврата денег:

1. Обратиться с заявлением к руководителю медицинского учреждения для возврата потраченных денег. Однако для этого потребуются собрать чеки и сделать копии договоров об оказании платных медицинских услуг.

2. Обратиться в свою страховую компанию, предоставив те же документы. После проверки истории с взиманием платы за бесплатные услуги незаконно удержанные средства поступят на указанный вами счет.

ЕСЛИ ВЫНУЖДАЮТ ОПЛАТИТЬ ТРАНСПОРТИРОВКУ В ДРУГУЮ МЕДОРГАНИЗАЦИЮ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ ИЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Если медучреждение не может сделать необходимый анализ, провести диагностику, любую другую манипуляцию или процедуру, которую покрывает Федеральная программа госгарантий по ОМС, взимать с пациента деньги при направлении в другое медучреждение за получением медуслуг незаконно!

На уровне регионов ТФОМСы обязаны определить порядок предоставления транспортных услуг пациенту, находящемуся на лечении, в другое медучреждение. Если в медучреждении, где он лечится, отсутствует возможность необходимых диагностических исследований.

Если лечащий врач настаивает, чтобы вы за свой счет съездили в «соседнюю» больницу, где есть УЗИ, МРТ, или КТ, или лаборатория, где проводятся сложные анализы:

- обратитесь с жалобой к заведующему отделением, главврачу;
- одновременно с этим поставьте в известность страховую медицинскую организацию, выдавшую вам полис ОМС;
- страховой представитель проконсультирует вас и на корню пресечет попытку вымогательства в клинике.

ПОЛЕЗНЫЙ СОВЕТ

Если вас просят заплатить за услугу, а вы не знаете, положена вам такая услуга по полису ОМС или нет бесплатно, свяжитесь со своей страховой компанией.

ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТА

Мы уже отметили, что при первых «симптомах» нарушения прав пациенту необходимо связаться со своей страховой компанией.

А теперь подробно расскажем, как получить бесплатную юридическую защиту в организации, которая выдала вам полис ОМС.

Основная задача страховой компании – защищать права пациентов. Для этого в каждой страховой медицинской компании есть страховые представители. Это своего рода бесплатные адвокаты пациентов.

Страховой представитель является консультантом пациента по любым вопросам получения бесплатной медпомощи и экспертом в разрешении спорных ситуаций с медучреждением.

Вся помощь пациенту предоставляется бесплатно.

В КАКИХ СЛУЧАЯХ НЕОБХОДИМО СРОЧНО ПОЖАЛОВАТЬСЯ СТРАХОВЩИКАМ

- отказали в предоставлении медицинской помощи при экстренном или неотложном состоянии из-за отсутствия полиса ОМС или полиса, полученного в другом регионе;
- предлагают оплатить медицинские услуги, которые положены бесплатно, или направляют за такими услугами в платную клинику;
- врач не пришел на вызов;
- вы стали жертвой врачебной ошибки но, чтобы это доказать, требуется экспертиза качества оказанной медицинской помощи;
- не выдают направление на диагностические услуги, без которых нет возможности поставить диагноз;
- превышены сроки плановой госпитализации в стационар;
- сроки ожидания приема врача-специалиста или направления на исследования составляют больше 14 рабочих дней;
- во время стационарного лечения вы вынуждены были оплатить лекарства и медизделия, но больница отказывается возмещать вам личные расходы;
- вам отказали в проведении диспансеризации и профилактического осмотра.

ЧЕМ ПОМОЖЕТ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ

- *попасть на прием к нужному специалисту и получить направление на плановую операцию в стационар без нарушения сроков и в положенных объемах;*
- *организовать проведение нужных исследований (УЗИ, МРТ, КТ, ЭКО и другие инструментальные и лабораторные исследования) без нарушения сроков и в положенных для постановки диагноза объемах;*
- *сменить поликлинику или лечащего врача;*
- *вернуть деньги за навязанные расходы, если врач или медучреждение вынудили пациента заплатить за то, что положено бесплатно по полису ОМС;*
- *получить на руки медкарту или копии медицинских документов пациента, если медучреждение отказывает в выдаче таких документов;*
- *провести экспертизу качества медпомощи в случае бездействия медучреждения или возникших в результате лечения негативных последствий для здоровья.*

Где найти страхового представителя

В большинстве крупных страховых медицинских организаций работают круглосуточные многоканальные телефонные линии.

Поэтому в экстренной ситуации, даже среди ночи, там возьмут трубку.

Представитель страховой медицинской организации обязан зафиксировать ваше обращение и принять меры по защите нарушенных прав.

В случае несогласия медорганизации или неустранения администрацией медорганизации выявленных недостатков представитель страховой компании направляет служебную записку директору страховой медицинской компании. Тот, в свою очередь, ставит в известность Территориальный ФОМС.

Для решения возникших проблем необходимо обращаться к страховому представителю той компании, которая выдала вам полис ОМС.

Но консультацию можно получить у страхового представителя любой страховой компании.

Более того, в экстренных ситуациях медучреждение **обязано оказать помощь даже в том случае, если у вас вообще нет полиса ОМС.**

ЗАПОМНИТЕ

- 1. Прежде чем оплачивать какие-либо медицинские услуги, убедитесь, что данная услуга действительно не включена в Территориальную программу государственных гарантий при оказании медицинской помощи. Для этого позвоните и получите консультацию в страховой медицинской компании.*
- 2. Если нет возможности связаться со страховой организацией, но вам отказывают в медпомощи без оплаты медицинских услуг, потребуйте оформления договора об оказании платных медицинских услуг.*
- 3. Сохраняйте договоры, рецепты, квитанции, кассовые и товарные чеки из аптек и другие документы для рассмотрения спорных ситуаций и возмещения понесенных затрат в дальнейшем.*

В КАКИЕ СРОКИ ОБЯЗАНА ОТРЕАГИРОВАТЬ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

Порядок рассмотрения обращений граждан страховыми медицинскими организациями осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

При индивидуальной устной консультации, в том числе по телефону горячей линии, специалист страховой медицинской организации, осуществляющий консультацию, дает ответ при обращении гражданина в процессе беседы.

При работе с обращениями граждан на официальных сайтах СМО, полученными в электронном виде, ответ дается ответственным специалистом по существу вопроса в течение 30 дней.

При работе с электронными обращениями в режиме «вопрос – ответ» – в режиме реального времени.

Общий срок рассмотрения письменных обращений граждан – 30 дней со дня регистрации письменного обращения.

В случае проведения соответствующих проверок, экспертизы качества медицинской помощи, дополнительного истребования материалов, необходимых для принятия решений (экспертных заключений), а также принятия других мер сроки рассмотрения могут быть продлены еще на 30 дней.

При этом в течение месяца с момента регистрации обращения заявителю письменно сообщается о продлении срока рассмотрения обращения и о принятых мерах.

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ НЕ РЕАГИРУЕТ НА ПРОСЬБУ О ПОМОЩИ

Если страховая компания не вмешивается в конфликт с медорганизацией или не отреагировала на ваше обращение, на нее можно пожаловаться в Территориальный Фонд ОМС (ТФОМС).

Для этого следует подготовить письменный запрос, в котором изложить ситуацию и сообщить о бездействии страховой компании по защите ваших прав пациента.

На жалобу ТФОМС ответит не позднее 30 календарных дней.

КАКИЕ ЕЩЕ ЕСТЬ СПОСОБЫ ЗАЩИТЫ СВОИХ ПРАВ У ПАЦИЕНТА

Обратиться к главному врачу медучреждения

Такое обращение нужно подавать письменно в двух экземплярах.

Один остается в медорганизации, второй – у пациента с резолюцией главврача.

По закону представитель администрации медучреждения обязан ответить на такое обращение.

Если вы пожаловались на некачественную медицинскую помощь, в течение 10 дней медицинская организация должна собрать врачебную комиссию, провести служебное расследование и решить вопрос.

Например, выдать нужное направление или рецепт на бесплатные лекарства.

Если главврач видит, что требования законны, он поможет решить вопрос быстрее, чтобы не создавать лишних хлопот себе и медорганизации. Это проверено на опыте многих людей.

Обратиться в Росздравнадзор

Это хорошо работает, когда медицинские услуги, положенные бесплатно, были оказаны платно.

Правда, в последнее время Росздравнадзор часто присылает отписки. Если решили обращаться туда, лучше заручиться поддержкой Центра защиты прав граждан. Специалисты Центра помогут правильно составить заявление.

Подать досудебную претензию

Закон разрешает пациенту сразу обратиться в суд, минуя стадию подачи досудебной претензии. Однако, если услуги были платными, можно попробовать решить проблему в досудебном порядке – подав досудебную претензию руководству поликлиники или главврачу больницы.

Когда руководство медорганизации осознает, что было допущено нарушение, то старается либо возместить затраты по мировому соглашению, либо оказать медпомощь бесплатно и в короткие сроки.

Обратиться в суд

Это можно сделать, если клиника не отвечает на претензию по платным услугам или дает отрицательный ответ либо если нужно взыскать компенсацию за некачественную бесплатную помощь с государственной клиники.

Суд может потребовать расходов. К примеру, на услуги адвоката, оплату дополнительных судебно-медицинских экспертиз.

В таком случае пригодится экспертиза качества медицинской помощи. А ее пациент может заказать бесплатно с помощью страховой компании.

Давайте разберемся, как это сделать.

КАК ПОТРЕБОВАТЬ БЕСПЛАТНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ КАЧЕСТВА МЕДПОМОЩИ ПО ОМС

Каждый пациент имеет право запросить экспертизу качества медицинских услуг, оказанных ему по Программе ОМС.

Основание: ч. 3 ст. 58 Закона от 21.11.2011 №323-ФЗ.

По запросу пациента экспертизу проводят врачи с профильной специализацией, которые не работают в той медорганизации, на которую от пациента поступила жалоба (пп. 5, 29, 30, пп. 1 п. 35, пп. 1 п. 37 Порядка проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного Приказом Минздрава РФ от 19.03.2021 №231н).

Платить за такую экспертизу пациент не должен.

Отказать в ее проведении пациенту не имеют права.

В КАКИХ СЛУЧАЯХ НЕОБХОДИМО ПОТРЕБОВАТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ

- Не оказали своевременную помощь (*нет талонов к врачу, отсутствует нужный специалист, отказали в приеме, так как нет прикрепления к поликлинике*);
- Лечащий врач выбрал методы диагностики, лечения или реабилитации, которые привели к ухудшению здоровья (*ошибочный*

диагноз, неверное лечение, не назначили лабораторные исследования и другие диагностические процедуры);

- Врач совершил ошибку во время проведения манипуляций или на операции. После чего возникли осложнения или, того хуже, лечение привело к инвалидности.

КУДА ОТПРАВИТЬ ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

- в Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС);
- в Территориальный Фонд ОМС по месту вашего проживания (ТФОМС);
- в страховую медицинскую организацию, которая выдала вам полис ОМС.

ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ ЖАЛОБЫ

1. Подготовить заявление

- Заявление пишется в произвольной форме.

В шапке обращения укажите, кому жалуетесь (адрес Территориального ФОМС можно узнать на региональном сайте, адрес страховой компании – созвонившись со страховой), укажите свои ФИО, адрес места жительства, адрес электронной почты и телефонный номер.

В тексте опишите ситуацию, укажите дату случившегося (или период), последствия бездействия или действия врачей.

2. Направить в адрес надзорной организации (Территориальный Фонд ОМС или страховая компания)

Направьте подписанное обращение почтовым отправлением или по адресу электронной почты с сайта ТФОМС или страховщика.

После получения обращения сотрудник ТФОМС или страховой компании регистрирует обращение, вам будет направлен ответ о том, что обращение взято в работу.

3. Дождаться официального решения экспертов

Экспертиза проводится без вашего участия. Так что вам придется дождаться присланного решения. В среднем срок экспертизы занимает до 60 дней.

Результаты будут направлены вам способом, который вы укажете в своем обращении (почтовым отправлением, на электронную почту либо лично забрать в офисе страховой компании или в ТФОМСе).

Что делать с результатами экспертизы качества медицинской помощи

Если экспертиза выявит нарушения, они будут перечислены в документе, который вы получите.

4. Обратиться с результатами экспертизы в клинику

С результатами экспертизы вы можете обратиться в медучреждение за добровольным возмещением ущерба. В претензии к медучреждению в обязательном порядке уточните, что требуете. Возмещение понесенных затрат на здоровье, которые возникли из-за некачественной медпомощи, реабилитационных затрат. Или просто компенсации морального вреда за отказ в помощи.

Претензию необходимо будет направить почтовым отправлением или занести в приемную главврача. Сразу подготовьте два экземпляра. Чтобы на вашем экземпляре при приеме документов поставили отметку о принятии.

Рассмотреть вашу претензию медучреждение обязано в течение 30 дней. Если вам не ответили или ответили отказом, смело жалуйтесь в суд.

В случае подтверждения некачественного оказания услуг медицинское учреждение обяжут выплатить пациенту компенсацию за несвоевременное или некачественное оказание помощи. А в случае добровольного отказа пациент сможет в суде потребовать с клиники штраф в размере 50% от заявленной компенсации и возмещения морального вреда.

ОТВЕТЫ НА ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ



Как быстро получить полис ОМС

Для получения полиса ОМС необходимо встать на учет как застрахованное лицо, в том числе жителям новых регионов (Луганской народной республики, Донецкой народной республики, Херсонской и Запорожской областей).

Оформить полис можно тремя способами:

- Онлайн на портале «Госуслуги»;
- Через страховую компанию в регионе проживания;
- В МФЦ (предварительно уточнив, оказывает ли выбранный МФЦ такую услугу).

Рассмотрение займет 1 рабочий день. Цифровой полис со штрихкодом поступит в ваш личный кабинет на портале «Госуслуги» в течение 24 часов с момента постановки на учет. Предварительно вы должны дать согласие в разделе «Здоровье».

Электронный полис равносителен бумажному и позволяет пользоваться теми же медицинскими услугами.

Работающие в России граждане стран ЕАЭС могут получить полис лично в страховой компании. Полис будет действовать до конца календарного года, но не более срока действия их трудового договора.

Беженцы, иностранцы и люди без гражданства получают полис ОМС лично в МФЦ или в страховой компании.

Полис будет действовать до конца календарного года. Но срок может завершиться и раньше (если закончился срок действия документа с правом на пребывание в России).



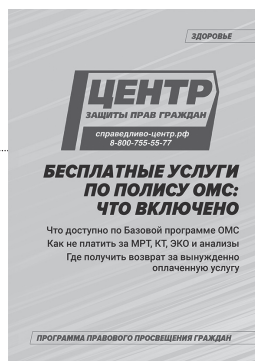
Какую помощь можно получить бесплатно по полису ОМС

В рамках Базовой программы госгарантий на получение бесплатной медицинской помощи каждому гражданину РФ оказываются следующие бесплатные медицинские услуги:

- первичная медико-санитарная помощь (плановое и неотложное обращение в поликлинику, в том числе лечение в условиях дневного стационара);
- скорая медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь (в том числе высокотехнологичная);
- паллиативная медицинская помощь.

По полису ОМС можно сделать бесплатно КТ, МРТ, рентген и УЗИ, провести высокотехнологичную операцию и т. д.

*Подробнее о том, что включено в Программу госгарантий и как получить все медуслуги бесплатно, можно узнать из инструкции на сайте Центров справедливо-центр.рф в разделе **ЗДОРОВЬЕ**.*



Зачем нужен электронный полис ОМС с штрихкодом

Электронный полис упрощает доступ к электронным услугам здравоохранения:

- можно использовать штрихкод при личном обращении в медицинскую организацию;
- можно обращаться в медицинскую организацию с полисом ОМС с «Госуслуг»;
- не нужно никуда ходить для обновления полиса ОМС;
- поиск личных данных для получения медицинских сервисов на «Госуслугах» становится быстрее.



Как оформить полис ОМС на ребенка

Это можно сделать тремя способами:

- На портале «Госуслуги».** Рассмотрение заявления займет 1 рабочий день. Полис со штрихкодом поступит в личный кабинет на портале «Госуслуги» в течение 24 часов с момента постановки на учет, если вы дали согласие в разделе «Здоровье». Этот полис равносителен бумажному и позволяет пользоваться теми же услугами;
- Через страховую медицинскую компанию в регионе проживания;**
- В МФЦ** (уточните заранее, оказывают ли в выбранном вами отделении такую услугу).

Как добавить полис ребенка на «Госуслуги»:

- 1 Добавьте информацию о ребенке в личный кабинет и дождитесь проверки данных.
- 2 После проверки запросите данные полиса ОМС, если у ребенка он уже есть. Полис будет отображаться в карточке ребенка через 24 часа с момента вашего запроса.



Надо ли менять полис ОМС при переезде в другой регион

Если в новом регионе проживания нет вашей страховой медицинской организации, необходимо сменить и страховую компанию, и полис ОМС.

ВАЖНО ЗНАТЬ!

По общему правилу пациент может менять страховую компанию один раз в год в период до 1 ноября. Однако при переезде в другой регион или прекращении действия договора со страховой компанией таких ограничений нет.

Как сменить регион страхования:

1. Узнайте, работает ли ваша страховая компания в регионе, куда вы переехали. Если работает, попросите зарегистрировать полис ОМС в новом регионе страхования.
2. Если страховая компания не работает в новом регионе или вы хотите ее поменять, выберите новую страховую компанию из представленных в новом регионе проживания.
3. Прикрепитесь к ближайшей или удобной вам поликлинике по новому месту жительства.



Зачем нужно прикрепление к поликлинике

Прикрепиться к поликлинике необходимо, чтобы получать медицинскую помощь по ОМС в полном объеме.

Для чего может понадобиться прикрепление:

- получить бесплатную квалифицированную медпомощь;
- проконсультироваться у узких специалистов;
- оформить больничный;
- пройти диспансеризацию или профосмотр;
- получить справки и выписки, которые подтверждают инвалидность;
- получить справку об отсутствии заболеваний;
- выписать рецепты;
- получить льготы;
- оформить документы для поступления на работу.



Радиостанция Центров на сайте
справедливоерадио.рф



YouTube-канал
«Центр справедливости»



Газета «Домовой совет»
домовой-совет.рф



Телефон горячей линии
8 800 755 55 77



Сайт Фонда
«Центр защиты прав граждан»
справедливо-центр.рф

Пособие: КУДА ЖАЛОВАТЬСЯ НА НЕДОСТУПНУЮ МЕДПОМОЩЬ И ПОБОРЫ

Изготовитель: ООО «Имидж», 143306, МО, Наро-Фоминский район,
г. Наро-Фоминск, ул. Ленина, д. 28, офис 1, этаж 1

Заказчик: Фонд «Центр защиты прав граждан», ИНН 9710010183.

Тираж: 10 000 экз. Заказ 509. 2024 год.

Распространяется бесплатно

В ТРУДНОЕ ВРЕМЯ РЯДОМ С ТОБОЙ!