

Что гарантирует пациенту полис ОМС

Практически каждый из нас в течение года обращается за медицинской помощью в лечебное учреждение, но не каждый знает о своих правах при получении медицинской помощи. Сегодня на страницах «Знамя» о них рассказывает заместитель директора филиала ООО «Капитал МС» Н.В. Гаркавенко.

- Надежда Викторовна, какие медицинские услуги можно получить по полису ОМС?

– Вопросы оказания медицинской помощи застрахованным лицам регламентированы Территориальной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Волгоградской области.

Первое, о чем необходимо сказать, все медицинские услуги по полису ОМС должны предоставляться бесплатно в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе стандартов и клинических рекомендаций.

Ежегодно в территориальную программу вносятся изменения. На 2020 год расширен перечень жизненно необходимых, важнейших лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы в стационаре и дневном стационаре.

- Устанавливает ли эта программа сроки ожидания медицинской помощи?

- Да, в этом году действуют новые предельные сроки ожидания медицинской помощи:

1) прием плановых больных врачом может осуществляться как по предварительной записи (в листе самозаписи, электронной записи и другое), так и по талону на прием. Указанный порядок не исключает возможности

получения плановым больным медицинской помощи в день обращения в медицинскую организацию при наличии показаний;

2) сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

3) сроки проведения консультаций врачей-специалистов (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

4) сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения исследований (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание- 7 дней);

5) объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяется лечащим врачом в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими оказание медицинской помощи, методическими рекомендациями и инструкциями;

6) при наличии показаний к экстренной госпитализации согласно приказам комитета здравоохранения о госпитализации лечащий врач организует транспортировку пациента в ближайшие стационары санитарным транспортом в срок не более двух часов с момента определения показаний к госпитализации;

7) направление пациента на плановую госпитализацию осуществляется лечащим врачом;

8) в медицинских организациях, имеющих стационарные отделения, ведется журнал ожидания плановой госпитализации, в котором должны отражаться даты возможной плановой госпитализации, а также отказы пациентов от сроков назначенной плановой госпитализации в случае, если пациент по своему желанию хочет получить эту процедуру вне очереди на платной основе;

9) при наличии показаний к плановой госпитализации необходимое обследование в медицинской организации в амбулаторных условиях и

оформление направления установленной формы в соответствующий стационар проводятся в порядке установленной очередности в срок не более чем за 10 дней до госпитализации;

10) сроки ожидания специализированной медицинской помощи в круглосуточном стационаре (за исключением высокотехнологичной)-не более 14 дней, при подозрении на онкологическое заболевание-до 7 дней.

– Сегодня в различных СМИ и с самых высоких трибун органов исполнительной власти много говорят о последних достижениях в области медицины, науки и техники, об уникальных технологиях и методах лечения заболеваний, которые позволяют свести к минимуму риски для здоровья и жизни человека и при этом становятся все более доступными по полису обязательного медицинского страхования. Но ни для кого не секрет, что в момент оказания этой медицинской помощи пациенты, как правило, не задумываются ни о своих правах, ни об обязательном медицинском страховании, склонны верить всему, что порекомендовал им лечащий врач, а в момент болезненного состояния или шока от известия, что твой близкий человек болен, стараются вообще не спорить и не задавать лишних вопросов.

– В таких ситуациях многие оплачивают как медицинские изделия, без которых невозможно провести операции (эндопротезы, аппараты Илизарова, интраокулярные линзы), так и саму операцию, потому что бесплатную якобы нужно ждать месяцами, а то и годами. И только когда все позади, пациенты, где-то что-то услышав или прочитав, вспоминают о своем конституционном праве на бесплатную медицинскую помощь и начинают прилагать усилия по возврату своих средств, в т. ч. через суд. А получается вернуть не всем и не всегда просто и быстро.

Наш филиал ООО «Капитал МС» получает достаточно много обращений от застрахованных лиц с просьбой вернуть денежные средства, которые они внесли в кассу медицинской организации за оперативное лечение, приобретение расходных медицинских материалов. Медицинская организация, в свою очередь, ссылается на то, что пациент сам захотел получить медпомощь на платной основе, сам подписал договор на оказание платных медуслуг, его никто не принуждал, его ознакомили с тем, где, когда и как можно получить медицинскую помощь бесплатно.

Абсурдно, но суды в таких ситуациях зачастую встают на сторону не слабой стороны — пациента, а на сторону медицинской организации. И не важно, что написано в статье 41 Конституции РФ про гарантии бесплатной медицинской помощи, важно, что пациент САМ отказался от своего права на бесплатную медицинскую помощь и воспользовался правом на платную медицинскую помощь, предусмотренную ст. 84 федерального закона об охране здоровья граждан РФ. Но, по сути, медицинские учреждения часто дезинформируют пациента о возможности получения медицинской помощи по полису ОМС.

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» правом страхового возмещения за оказанную медицинскую помощь по ОМС обладает страховая организация. Средства за оказанную медицинскую помощь медицинская организация получает на основании заключенного с Филиалом договора, в соответствии с установленным тарифом.

Гражданину, в случае приобретения лекарственных средств при лечении в стационаре, необходимо обратиться с заявлением о возмещении потраченных средств к главному врачу лечебного учреждения с приложением к заявлению платежных документов. В случае отказа главного врача возместить денежные средства гражданин вправе направить в адрес страховой компании заявление о правомочности приобретения лекарственных средств для проведения медико-экономической экспертизы.

Страховые возмещения по заявлению застрахованных лиц страховой компанией не производятся.

Тем, кто застрахован в нашей организации, в случае предложения от работников медучреждений об оплате лекарственных средств, операций и других медицинских услуг, рекомендуем обращаться в контакт-центр филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Волгоградской области по телефону: (8-8442) 55-01-65.

– Спасибо за подробные разъяснения. Думаю, наши читатели почерпнули немало полезной для себя информации.