

## ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

### Нарушены права рязанских пациентов, что делать

пн, 02/18/2019 - 20:32

**Очень часто в лечебных учреждениях нарушаются права пациентов, и часто мало кто знает, как следует поступить в той или иной ситуации.**

**- Бригада скорой помощи доставила человека в больницу, а врачи отказывают ему в предоставлении бесплатных услуг, ссылаясь на то, что койко-место услуга платная. Как быть в подобной ситуации?**

**Существуют ли какие-то рычаги давления на медперсонал? Как пациенту защитить свои права?**



В соответствии с ч. 1 ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «**Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации**», застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

- на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
- на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 20 того же Закона - медицинские организации **обязаны бесплатно** оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Для решения вопроса пациент может обратиться к дежурному администратору медицинской организации, руководству медицинской организации (заместитель главного врача, главный врач) в рабочее время или в страховую медицинскую организацию для оказания содействия в оказании необходимой медицинской помощи.

Если застрахованное лицо находится вне зоны страхования, рекомендовано обратиться в ТФОМС субъекта РФ, т.к. в настоящее время защиту прав застрахованных лиц вне территории страхования осуществляют соответствующие Территориальные фонды, поэтому все необходимые действия должны быть предприняты с их стороны.

**- Проживаю в сельской местности, в лечебном учреждении нет возможности пройти обследование и сделать операцию, а в областной центр направление не дают. Направляют платно в частные клиники.**

Для получения медицинской помощи по полису ОМС необходимо направление от лечащего врача. Направления выдаются на основании медицинских показаний. Так же необходимо удостовериться, что данный вид медицинской помощи входит в территориальную программу ОМС в данном конкретном регионе РФ. Для оказания содействия при получении направления пациент может обратиться к руководству медицинской организации (заместитель главного врача, главный врач), отдел защиты прав застрахованных своей страховой медицинской организации или органы управления здравоохранением региона. Все виды диагностических и лечебных процедур, осуществленных по личной инициативе при отсутствии медицинских показаний, оплачиваются из личных средств пациента.

**- В каких случаях гражданину могут отказать в прикреплении полиса к поликлинике? Может ли человек прикрепиться к поликлинике не по месту жительства, допустим, рядом с работой?**

Вопросы, связанные с прикреплением к медицинской организации регулируются Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 №406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Застрахованное лицо имеет право на выбор или замену медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС путем подачи заявления лично или через своего законного представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством РФ. В целях соблюдения принципа оказания первичной медико-санитарной помощи производится установление зон обслуживания и закрепления населения за амбулаторно-поликлиническими по месту жительства.

Таким образом, если застрахованное лицо проживает в зоне обслуживания медицинской организации, отказать в прикреплении не имеют права. Если же человек хочет прикрепиться к медицинской организации за пределами зоны ее обслуживания, то решение принимает руководство медицинской организации с учетом нормативов численности обслуживаемого населения и согласия лечащего врача.

Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). (Ст. 21 ФЗ РФ от 21.11.2011г.№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»)

**- На какие льготы может рассчитывать человек, страдающий таким заболеванием, как диабет? Какие препараты и средства ему должны выдавать бесплатно? Куда обращаться, если эндокринолог отказывается выписывать рецепт на препараты?**

Для оказания содействия при получении рецепта на препараты пациент может обратиться к руководству медицинской организации (заместитель главного врача, главный врач). Вопросы льготного обеспечения медикаментами не относятся к ведению страховой медицинской организации.

Гражданин имеет право на бесплатное получение медицинской помощи по видам, формам и условиям ее оказания, в том числе при такой болезни эндокринной системы как сахарный диабет (инсулиннезависимый или инсулинозависимый), согласно базовой ПГГ.

Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 30.07.1994г. №890, предусматривает предоставление лицам, больным сахарным диабетом, лекарственных средств (в том числе инсулином), этилового спирта, инсулиновых шприцов, шприцев типа «Новопен», «Пливапен» 1 и 2, игл к ним, средств диагностики (в том числе изделия медицинского назначения – тест-полоски для определения глюкозы крови).

На основании Решения Верховного Суда РФ от 09.04.2014г. №АКПИ14-152, установлено, что согласно статье 37 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения. Если гражданину требуется, по показаниям, определенное количество тест-полосок, то они должны быть предоставлены бесплатно в требуемом количестве.

При установлении отказа в выдаче лекарственных препаратов и/или изделий медицинского назначения, или выдачи недостаточного их количества, гражданин вправе обратиться в Минздрав субъекта РФ, а при отказе в разрешении конфликтной ситуации – подать иск в суд.

**- Пациент не удовлетворен качеством медицинской помощи, оказанной в медицинском учреждении.**

Человек может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу медицинской организации, в которой Вам оказывается медицинская помощь.

В случае неудовлетворительного решения вопроса в лечебном учреждении, а также претензии к качеству медицинского обслуживания, конфликте между пациентом и лечебным учреждением, пациент может обращаться с жалобой в свою страховую медицинскую организацию, одной из основных функций которой является защита прав застрахованных и проведение экспертизы качества оказываемой медицинской помощи. По результатам проведенных экспертиз в случае выявления нарушений со стороны медицинской организации, страховая медицинская организация дает рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи, а так же может представлять интересы застрахованного лица в судебных органах.

**- Медицинская организация, к которой пациент территориально прикреплен, не имеет возможности оказать необходимые медицинские услуги.**

При невозможности оказать застрахованному гражданину медицинские услуги надлежащим образом, медицинское учреждение обязано направить застрахованного гражданина для получения необходимой медицинской помощи в рамках Территориальной Программы ОМС в другое учреждение, работающее в системе ОМС, на бесплатной для пациента основе.

**- В период стационарного лечения человек приобретал лекарственные препараты за свой счет.**

Если в период стационарного лечения пациенту за счет собственных средств пришлось приобретать лекарственные средства или оплачивать операцию, обследование, то застрахованный может обратиться в страховую организацию с заявлением о возмещении затраченных средств. К заявлению необходимо приложить документы подтверждающие факт получения медицинской услуги (выписка из истории болезни, направление на обследование и т.п.) и факт ее оплаты (чек и копию чека, квитанцию об оплате). На основе представленных документов будет проведена экспертиза оказанной медицинской помощи. Если препараты, которые приобретались пациентом за свой счет, входят в гарантированный перечень и стандарт оказания медицинской помощи при заболевании пациента и были назначены врачом в период стационарного лечения, то лечебному учреждению будет предъявлена претензия о возмещении пациенту затраченных денежных средств и оказано все необходимое сопровождение в восстановлении нарушенного права.

**- В поликлинике незаконно взимают плату за услуги, отказывают в записи на прием к врачу и т.д.**

В случае если вы считаете, что ваши права на получение доступной, качественной и бесплатной медицинской помощи нарушены, в первую очередь необходимо обратиться к руководству медицинской организации.

Если полученный ответ вас не удовлетворил, обращайтесь в страховую медицинскую компанию, выдавшую вам полис ОМС (телефон указан на полисе ОМС). Также можно позвонить на телефон «Горячей линии» Территориального фонда ОМС – специалисты отдела защиты прав застрахованных территориального фонда оперативно ответят на ваши вопросы.

## Онкология

### **Примеры нарушений прав пациентов с онкологическими заболеваниями.**

- Не выдаются направления на бесплатное обследование по полису ОМС;
- Не соблюдаются сроки ожидания диагностических и лечебных процедур;
- Не соблюдаются сроки госпитализации в стационар;
- Не обеспечиваются лекарственными средствами для химиотерапии;

### **- Что делать, если не удается получить необходимые обследования?**

Для оказания содействия при получении направления на обследование пациент может обратиться к руководству медицинской организации (заместитель главного врача, главный врач), отдел защиты прав застрахованных своей страховой медицинской организации или органы управления здравоохранением региона.

### **- Какие методы лечения онкобольных входят в систему ОМС, а за что придется заплатить?**

Лечение онкобольных осуществляется в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Если необходимый вид лечения не предоставляется на территории субъекта, то пациент может быть направлен в другой регион для получения необходимой, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

### **- Должны ли бесплатно выдаваться все лекарства, продукты, проводится реабилитация?**

Во время стационарного лечения питание, расходные материалы, а также препараты, входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения для лечения основного заболевания в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями, предоставляются медицинской организацией бесплатно. Медицинская реабилитация также предоставляется бесплатно при наличии медицинских показаний.

## **Полис ОМС в другом регионе**

### ***Нужно ли прикрепиться к определенному медучреждению по месту отдыха?***

При кратковременном пребывании вне зоны страхования прикрепление к медицинской организации не требуется. Если застрахованное лицо планирует пребывать в другом регионе (вне зоны страхования) длительный промежуток времени, целесообразно осуществить прикрепление к страховой медицинской организации и медицинской организации для получения медицинской помощи в объемах территориальной программы.

В соответствии с ч. 1 ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая: **на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.**

При возникновении трудностей с оказанием медицинской помощи рекомендовано обратиться в ТФОМС субъекта РФ, т.к. в настоящее время защиту прав застрахованных лиц вне территории страхования осуществляют соответствующие Территориальные фонды, поэтому все необходимые действия должны быть предприняты с их стороны.

## **Диспансеризация**

### ***- Насколько реально выявить серьезное заболевание при данных видах обследований (если есть цифры)? Что делать, если в поликлиники врачи осматривают формально?***

Вы можете обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу медицинской организации, в которой Вы проходили диспансеризацию.

В случае неудовлетворительного решения вопроса в лечебном учреждении, а также претензии к качеству медицинского обслуживания, конфликте между пациентом и лечебным учреждением, пациент может обращаться с жалобой в свою страховую медицинскую организацию, одной из основных функций которой является защита прав застрахованных и проведение экспертизы качества оказываемой медицинской помощи.



***- Какие обследования может пройти гражданин РФ, который не имеет права на диспансеризацию в текущем году?***

Если Вы не подходите под диспансеризацию в текущем году, то имеете право пройти профилактический осмотр в соответствии с Приказом МЗ РФ от 06.12.2012г №1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра».

Профилактический медицинский осмотр включает в себя: опрос (анкетирование), антропометрию, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина в крови экспресс-методом, исследование уровня глюкозы в крови экспресс-методом, определение суммарного сердечно-сосудистого риска (для граждан в возрасте до 65 лет), флюорография легких, маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше), клинический анализ крови, исследование кала на скрытую кровь, прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, краткое профилактическое консультирование, при наличии медицинских показаний направление граждан для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

---

***На вопросы рязанцев отвечали специалисты***

***Филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Рязанской области***