

Практика исчерпывающих разъяснительных публикаций на страницах нашего издания набирает все большую популярность. Особенно среди заводчан АФ ООО «Титановые Инвестиции», которые все чаще отдают предпочтение печатной консультации, чем стоянию в очереди под дверями «нужного» кабинета.

Под рубрикой «Актуально» на интересующие многих читателей вопросы отвечали представители различных организаций, служб и ведомств города и полуострова. Вот и теперь, собрав и обобщив поступившие в редакцию вопросы, касательно страховой медицины, прав пациентов и качества медицинского обслуживания, мы переадресовали их в Страховую медицинскую компанию «Крыммедстрах». Предлагаем вашему вниманию ответы экспертов.

# И снова о страховой медицине

**?** Какие права дает полис ОМС?

– Полис ОМС является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации. По полису ОМС пациент может получить бесплатное медицинское обслуживание в объеме, установленном базовой программой ОМС, в медицинских организациях, работающих в сфере ОМС на всей территории РФ, а на территории Республики Крым – в объеме, установленном территориальной программой.

Базовая и территориальная программы ОМС определяют виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным: базовая – на всей территории Российской Федерации, а территориальная – на территории того субъекта, где выдан полис ОМС.

**?** Какие лабораторные и диагностические исследования производятся за счет средств ОМС?

– За счет средств ОМС по направлению лечащего врача производятся диагностические исследования по заболеваниям, включенным в программу обязательного медицинского страхования. Перечень этих заболеваний указан в Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым, которая утверждается каждый год. Ознакомиться с Территориальной программой можно в медицинских организациях, в офисах и на сайте нашей компании oms-crimea.ru.

**?** Если я прописан в Армянске, но проживаю в другом городе (студент), в каком медучреждении я могу наблюдаться? И на какую медпомощь могу рассчитывать, обратившись «не в ту» больницу?

– Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дает каждому пациенту право на выбор медицинской организации и врача (с учетом согласия врача). Выбрать медицинскую организацию и врача в ней можно не чаще одного раза в год (кроме случаев смены места жительства или места пребывания). Поэтому студент, прописанный в Армянске, но проживающий, например, в Симферополе, может обратиться в подходящую ему симферопольскую поликлинику с письменным заявлением о выборе медицинской организации. Образец заявления он может получить в поликлинике.

**?** В ЦГБ Армянска не выполняют большую часть биохимических анализов, а также нет оборудования МРТ. В связи с этим пациентов направляют в республиканскую больницу им. Семашко, где очереди на несколько месяцев вперед. Пациент как застрахованное лицо может пройти эти обследования в других медучреждениях, например, частных? И вообще, с какими мед. организациями полуострова

у «Крыммедстраха» заключены договоры на обслуживание застрахованных лиц?

– Медицинская организация обязана бесплатно оказывать медицинскую помощь всем застрахованным гражданам. При отсутствии возможности провести те или иные виды исследований или консультации врача-специалиста ЦГБ должна организовать их проведение в других медицинских организациях и выдать пациенту направление установленной формы на конкретный вид обследования в конкретную медицинскую организацию. ООО «СМК «Крыммедстрах» заключены договоры более чем с 70-ю медицинскими организациями. Их перечень размещен на нашем сайте oms-crimea.ru.

**?** Если я как пациент недоволен обслуживанием в мед. организации, к которой приписан, куда необходимо обращаться с жалобой? И как дальше происходит процедура разбирательства?

– В случае возникновения вопросов, неурегулированных с лечащим врачом, мы рекомендуем вначале обращаться за помощью к заведующему отделением, поликлиникой или к заместителю главного врача по лечебной работе. Если вопрос не решен на уровне медицинской организации, обращайтесь в свою страховую компанию. Для рассмотрения жалобы специалисты страховой компании запрашивают медицинскую документацию пациента и на ее основе проводят экспертизу. Если жалоба признается обоснованной, то на медицинскую организацию накладываются финансовые санкции.

**?** Каким образом страховая компания контролирует качество оказываемых больницей услуг? И какие применяются меры при выявлении нарушений?

– Страховая медицинская организация не только реагирует на жалобы застрахованных, но и сама в плановом порядке проводит проверку медицинских организаций в виде medico-экономических экспертиз и экспертиз качества оказанной медицинской помощи.

При проведении экспертиз мы проверяем соответствие предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам и стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, сложившейся клинической практике, а также оцениваем объем оказанной медицинской помощи на его соответствие объему, подлежащему оплате за счет средств ОМС. С начала года эксперты компании провели более 400 экспертиз в Армянской ЦГБ.

**?** Можно ли напрямую обращаться к врачу-эксперту своей страховой компании по поводу правильности назначения?

– Врачи-эксперты страховой компании, как было сказано выше, самостоятельно проводят экспертизы, в процессе которых проверяют в том числе и обоснованность назначенной лекарственной терапии, правильность выполнения необходимых пациенту диагностических и лечебных мероприятий. Однако, если у застрахованного лица возникают сомнения по поводу

своего лечения, он может также обратиться в свою страховую медицинскую организацию с жалобой, которая будет рассмотрена экспертами. По результатам рассмотрения страховая компания проинформирует застрахованного о выявленных нарушениях в предоставленной ему медицинской помощи.

Хотелось бы обратить внимание, что, соблюдая положения Федерального закона «О персональных данных», страховая компания даст ответ либо непосредственно застрахованному гражданину, либо его

возмещение возможно через суд.

**?** Какие стоматологические услуги оказываются за счет средств обязательного медицинского страхования, а какие – платно?

– За счет средств ОМС оплачивается вся стоматологическая помощь, кроме зубного протезирования.

**?** Говорят, что со временем нужно будет менять полис ОМС. Так ли это и когда?

– Полис ОМС для граждан РФ, для иностранных граждан и лиц без

представителю по доверенности. Доверенность должна быть оформлена в установленном законом порядке.

**?** Если полис утерян, его можно восстановить или нужно оформлять новый?

– В случае утери полиса необходимо обратиться в страховую медицинскую компанию с заявлением о выдаче дубликата полиса ОМС. Дубликат полиса ОМС будет изготовлен бесплатно в течение 30 рабочих дней.

**?** Я прикреплен к ЦГБ Армянска. На месяц еду на материковую часть РФ. В случае если я заболел, окажут ли мне помощь по «крымскому» полису или мне нужно открепляться на этот период?

– Если вы временно покидаете Крым, открепляться не нужно. На всей территории России вам окажут медицинскую помощь по полису, выданному в Крыму, в рамках базовой программы ОМС. Если же вы переедете на длительный период времени, то придется сменить страховую компанию на ту, которая работает в регионе нового места жительства. Для этого нужно самостоятельно обратиться в офис выбранной вами компании.

**?** Очередь в стационар ЦГБ Армянска приходится ждать неделями. Законно ли это, если я застрахован и по назначению лечащего врача необходимо в стационарном лечении прямо сейчас?

– Только лечащий врач может определить, требуется ли вам госпитализация в круглосуточный стационар и насколько она экстренна. Если пациенту требуется срочное лечение в стационаре, то он должен быть госпитализирован в тот же день. Если же показана плановая госпитализация, то она должна осуществляться в течение 30 дней с момента выдачи направления на госпитализацию – такие сроки предусмотрены Территориальной программой.

**?** Неоднократно читала о возмещении денежных средств, потраченных на лечение в стационаре. А возмещает ли страховая компания расходы на лечение и обследование в частной клинике?

– Медицинская помощь может оказываться как бесплатно, так и платно. Если гражданин принял решение о том, что он будет лечиться и обследоваться за счет собственных средств – это его право, страховая компания не будет компенсировать потраченные им деньги.

К нам обращается достаточно много застрахованных лиц с жалобами на получение платных медицинских услуг. Каждая жалоба рассматривается индивидуально. Так, за первое полугодие 2016 года в ООО «СМК «Крыммедстрах» поступило 143 жалобы на взымание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС, из них обоснованными было признано 93 жалобы. При этом сама страховая компания не выплачивает пациенту потраченные деньги, а направляет претензию в медицинскую организацию. Если медицинская организация добровольно не возмещает застрахованному лицу указанную в претензии сумму, то

гражданства, постоянно проживающих в РФ, выдается без ограничения срока действия. Для других категорий граждан срок действия полиса ограничен документами, дающими им право на его оформление. Полис нужно переоформлять, если изменились фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения застрахованного лица, а также, если вы обнаружили неточности или ошибки в сведениях, содержащихся в полисе.

**?** В больнице сказали, что медосмотр – это платная услуга. Почему? Разве он не входит в систему ОМС?

– В рамках программы ОМС осуществляются профилактические медицинские осмотры и диспансеризация определенных групп взрослого населения, в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в общеобразовательных учреждениях по очной форме; медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них; диспансеризация детей-сирот.

Так, каждый взрослый должен один раз в три года пройти диспансеризацию, которая направлена на раннее выявление и профилактику заболеваний. Если вам в текущем году исполняется или уже исполнилось 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57, 60, 63, 66, 69, 72, 75, 78, 81, 84, 87, 90, 93, 99 лет, необходимо обратиться в поликлинику, к которой вы прикреплены, для прохождения диспансеризации. Диспансеризация включает в себя осмотры, исследования, иные медицинские мероприятия, набор которых зависит от возраста пациента. Перечень этих мероприятий утвержден приказом Минздрава РФ от 03.02.2015 №36ан.

Однако, если речь идет о медицинских осмотрах при поступлении на работу или периодических осмотрах в процессе трудовой деятельности, для получения водительского удостоверения или получения разрешения на ношение оружия, то эти расходы полис ОМС не покрывает.

**?** Лечилась в стационаре, назначили лекарства отечественного производства и дешевого ценового сегмента, которые эффекта не дали. Попросила назначить более качественный аналог, мне сказали приобрести его в аптеке за свой счет. Почему?

– Назначение лекарственных препаратов производится лечащим врачом, который оценивает эффект от назначенного лечения и при необходимости корректирует его. При лечении в стационаре пациентам бесплатно предоставляются лекарственные средства, если они входят в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемый распоряжением Правительства РФ. Средства, не вошедшие в данный Перечень, могут быть предоставлены пациенту бесплатно по жизненным показаниям или в случае индивидуальной непереносимости медикаментов из Перечня. Если лекарство не входит в Перечень и жизненных показаний для его применения у вас нет, то оплачивать его придется самостоятельно.