/При формировании данной статьи были использованы материалы  
сайтов Минздрава России, ТФОМС, ОАО «СК «СОГАЗ-Мед» /

Принятый закон определяет важную роль страховой медицинской организации, которая призвана защищать и отстаивать интересы застрахованных по ОМС.

Предлагаем вашему вниманию ответы на наиболее часто встречающиеся обращения:  
1. Вопрос: Как заменить страховую медицинскую организацию?  
Ответ: Застрахованные лица, получившие полис обязательного медицинского страхования единого образца, имеют право на замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования путем подачи заявления о выборе (замене) во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.  
Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом при осуществлении замены страховой медицинской организации на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, в день подачи застрахованным лицом заявления вносит свои реквизиты в новую строку на оборотной стороне полиса обязательного медицинского страхования и направляет информацию о замене застрахованным лицом страховой медицинской организации в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

2. Вопрос: К кому можно обратиться за содействием, если лечащий врач районной поликлиники отказывается направить пациента, застрахованного по ОМС, на консультацию и диагностическое исследование в специализированное медицинское учреждение города?  
Ответ: Обратиться можно к главному врачу поликлиники, заместителю главного врача по лечебной работе, к заведующему отделением, в Управление здравоохранения в субъекте (контактные данные есть в поликлинике), в страховую медицинскую организацию в которой гражданин застрахован.

3. Вопрос: Что делать, если при получении медицинской помощи в стационаре вынуждают приобретать медикаменты и предметы медицинского назначения за свои собственные средства?  
Ответ: При оказании стационарной медицинской помощи осуществляется бесплатное лекарственное обеспечение в пределах Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, который ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации. В каждом стационаре должна быть размещена информация об этом минимальном перечне медикаментов и средств медицинского назначения, наличие которых должно быть в больнице обязательно. Если этот перечень отсутствует, Вы вправе потребовать его у руководства медицинской организации.

В любом случае, если Вы при стационарном лечении самостоятельно приобретаете лекарственные препараты, назначенные Вам лечащим врачом, и затрудняетесь определить, должны ли они предоставляться Вам в больнице бесплатно, необходимо взять в аптеке не только кассовый, но и товарный чеки, что позволит Вам обратиться в Вашу страховую медицинскую организацию за содействием в возмещении медицинской организацией затраченных Вами средств.  
4. Вопрос: Мне в поликлинике не дают больничный лист в связи с отсутствием полиса ОМС, почему?  
Ответ: В данном случае администрация медицинской организации поступает неправомерно, т.к. оплата листков нетрудоспособности производится из средств фонда социального (а не медицинского) страхования. Социальное страхование в Российской Федерации гарантировано любому работающему гражданину, независимо от наличия или отсутствия у него полиса ОМС.

5. Вопрос: Можно ли попасть на прием в поликлинику, без предъявления полиса (Полис в другом городе, нового образца, в базе данных есть)?  
Ответ: В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ застрахованные лица обязаны предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

6. Вопрос: У меня закончился срок действия временного свидетельства, а полис еще не готов - при таких условиях примут ли меня в поликлинике или откажут?  
Ответ: Временное свидетельство обеспечивает право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования до замены его на полис ОМС, что исключает возможность отказа медицинской организации в оказании медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования.

7. Вопрос: Получила новый полис ОМС. Еду в отпуск в другой регион РФ. Как мне необходимо поступить в случае наступления страхового случая по месту моего временного пребывания? Окажут ли мне помощь бесплатно в местных медицинских организациях, если у меня, например, заболит зуб?  
Ответ: В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ Вы имеете право на получение бесплатной медицинской помощи по полису обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, на всей территории Российской Федерации, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования. Обращаем Ваше внимание, что в случае отказа медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС, в предоставлении бесплатной медицинской помощи на территории другого субъекта Российской Федерации, Вы можете обратиться с целью защиты защиты Ваших прав в Территориальной фонд обязательного медицинского страхования того субъекта Российской Федерации, в котором Вы собираетесь получать медицинскую помощь.

8. Вопрос: Моя семья проживает в сельском районе. Знакомый врач посоветовал получить курс лечения для моего ребенка в отделении гастроэнтерологии Н-ской детской больницы областного центра. Но без направления туда не принимают. Должен ли врач нашей больницы (ЦРБ) выдать направление на плановое лечение в Н-ской детской больницы?  
Ответ: Где необходимо лечиться больному, определяет лечащий врач, который обладает, с одной стороны, профессиональной квалификацией для оценки состояния здоровья пациента и показаний для лечения, а с другой стороны, информацией о специализации и уровне оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях области. При подтвержденной врачом необходимости оказания медицинской помощи в областной больнице, гражданину выдается туда направление установленного образца. В этом случае лечение должно быть бесплатным, по полису.  
Если же человек обращается в областное учреждение по собственному усмотрению, без такого направления (то есть без соответствующим образом оформленных медицинских показаний), областное учреждение может обоснованно отказать в бесплатном лечении (если пациент не нуждается в экстренной помощи) или предложить платные услуги. Оказание специализированной медицинской помощи в плановой форме (в стационаре круглосуточного пребывая, в дневном стационаре) осуществляется по направлению лечащего врача. При плановой госпитализации в стационар врач обязан предоставить утвержденный перечень медицинских организаций, в которых может быть оказана такая медицинская помощь. Направление на плановую госпитализацию выдается лечащим врачом в медицинскую организацию, выбранную пациентом. В случае если в выбранной медицинской организации сроки предоставления медицинской помощи превышают установленные Территориальной программой государственных гарантий, но пациент согласен ждать, в амбулаторной карте делается соответствующая запись, под которой один из родителей ребенка (законный представитель ребенка) расписывается.

9. Вопрос: Я прикрепилась к поликлинике по принципу приближенности к месту работы в 2011 году. Сейчас в регистратуре мне отказали в записи к врачу, объяснив это тем, что заявление на прикрепление необходимо писать каждый год. Законно ли данное требование? Кроме того, сказали, что даже если я напишу такое заявление сейчас, мне его все равно не подпишут. Может ли руководство поликлиники отказать мне в праве на выбор врача и выбор медицинской организации?  
Ответ: 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). В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 406н, выбор или замена медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, осуществляется гражданином или его законным представителем путем подачи письменного заявления в выбранную им медицинскую организацию. На основании вышеизложенного, требование медицинской организации о предоставлении вновь письменного заявления о выборе медицинской организации, а также отказ в оказании первичной медико-санитарной помощи в выбранной Вами в 2011 г. медицинской организации являются неправомерными.  
Обращаем внимание, что по вопросам защиты Вашего права на выбор медицинской организации Вы можете обратиться в страховую медицинскую организацию (далее – СМО), в которой Вы застрахованы по обязательному медицинскому страхованию.

10. Вопрос: Хочу заняться лечением зубов. Частная стоматологическая клиника просит предъявить полис ОМС. При этом все услуги платные, оплата через кассу. Для чего нужен полис ОМС, и могу ли я пройти лечение зубов по медицинскому страховому полюсу обязательного медицинского страхования бесплатно.  
Ответ: В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями муниципальной и частной систем здравоохранения, включенными в установленном порядке в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Частная стоматологическая клиника, работающая по ОМС, обязана предоставить медицинскую помощь бесплатно в объеме гарантированном Территориальной программой ОМС, являющейся составной частью Территориальной программой государственных гарантий.  
Медицинская помощь сверх объема на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой ОМС может быть оказана на платной основе, с Вашего информированного добровольного согласия.  
Для получения более подробной информации об объемах и условиях предоставления медицинской помощи по ОМС Вы можете обратиться в СМО, в которой Вы застрахованы по ОМС. Адрес и телефон СМО указан на полисе ОМС.

11. Вопрос: Что делать, когда в больнице или поликлинике принуждают заплатить собственные средства за оказание медицинской услуги?  
Ответ: Прежде чем вносить плату, убедитесь, что предлагаемая вам платная медицинская услуга законна. Если возникают сомнения, проконсультируйтесь в своей страховой компании (телефон «горячей линии» указан на Вашем полисе или памятке, которую Вам выдали в страховой компании при получении полиса).  
Следует иметь в виду, что некоторые медицинские услуги могут законно оказываться как бесплатно (на общих условиях), так и на платной основе (при Вашем обязательном согласии). Предлагая пациенту заключить договор на платные услуги, медицинская организация, работающая в системе ОМС, обязана разъяснить ему, где и на каких общих условиях он может получить подобную услугу бесплатно. И уже сам гражданин решает – заключать ли платный договор или нет. Если гражданин подписывает документ (договор) на оказание платных услуг он, тем самым, дает согласие на оказание услуг за счет своих личных средств. В этом случае последующие претензии на возврат затраченных денег не будут иметь оснований.

12. Вопрос: Как узнать, какие услуги, анализы в поликлинике и/или больнице предоставляются бесплатно, а за какие придется платить?  
Ответ: В поликлинике все услуги, назначенные лечащим врачом, должны быть бесплатными. Объем диагностических и лечебных мероприятий для каждого конкретного пациента определяется лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.  
Исходя из вышеизложенного, необходимая Вам медицинская услуга должна быть предоставлена бесплатно по полису ОМС при наличии направления лечащего врача на данное диагностическое обследование.  
Платить придется только за услуги, получаемые в порядке личной инициативы или вне порядка и условий, действующих в ОМС. Узнать, что вам гарантировано бесплатно по полису, всегда можно в своей страховой медицинской организации.  
В больнице все, что назначается лечащим врачом, проводится бесплатно. Все, что считает нужным сделать сам пациент без согласования с врачом, является предметом платных услуг. Если, например, вас госпитализировали с обострением язвенной болезни, а вы хотите пройти УЗИ органов малого таза в качестве профилактики, то вам придется заплатить за это обследование.

13. Вопрос: Я имею полис ОМС, выданный на территории проживания. Сейчас я нахожусь в другом субъекте РФ, и мне понадобилось срочно встать на учет в женскую консультацию. Но мне отказали в постановке на учет! Правомерно ли это?

Если Вы обращались в обычную районную женскую консультацию, то отказ в постановке Вас на учет был неправомерен. Вас обязаны были принять, поставить на учет, провести наблюдение и необходимое лечение в том объеме медицинской помощи, который предусмотрен программой ОМС, действующей на территории их региона.  
После оказания Вам необходимой медицинской помощи между местным (территориальным) фондом ОМС и фондом ОМС субъекта Вашего проживания, будут проведены взаиморасчеты. Таким образом, Вы не будете нести расходы на лечение, за исключением видов помощи, которые не предусмотрены программой государственных гарантий того региона, где Вы эту помощь получали.

14. Вопрос: Могу ли я выбрать/заменить врача?  
Ответ: В соответствии со Статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданин имеет право на выбор врача с учетом согласия врача.  
В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением замены медицинской организации) врача-терапевта, врача – терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации. В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача», гражданин имеет право на замену лечащего врача (за исключением случаев оказания специализированной медицинской помощи) путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации, с указанием причины замены лечащего врача. В случае требования пациента о замене лечащего врача при оказании специализированной медицинской помощи пациент обращается к руководителю соответствующего подразделения медицинской организации с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.

15. Вопрос: Куда можно обратиться за проведением бесплатной программы ЭКО по полису?  
Ответ: Министерством здравоохранения РФ утвержден порядок направления граждан РФ для проведения процедуры ЭКО (информационно-методическое письмо № 15-4/10/2-1326 от 28.02.2013г). В соответствии с указанным письмом, с целью организации работы по направлению граждан РФ для проведения процедуры ЭКО, в каждом субъекте РФ органом здравоохранения создается Комиссия. Основной задачей комиссии является отбор и направление пациентов в медицинские организации на проведение ЭКО.  
  
На основании выписки из медицинской документации пациента, оформленной лечащим врачом, содержащей рекомендации и возможности проведения ЭКО, Комиссия определяет показания, противопоказания и ограничения к применению процедуры ЭКО в соответствии с приказом МЗ РФ от 30 августа 2013 г № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению » и принимает решение о направлении пациента для проведения процедуры ЭКО: за счет средств ОМС или за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) и включает пациента в лист ожидания, который размещается на официальном сайте органа здравоохранения субъекта РФ.  
В случае направления пациента для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС пациенту предоставляется перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Программы ОМС и выполняющих ЭКО. Направление (по установленной форме) на проведение процедуры ЭКО выдается в медицинскую организацию, выбранную пациентом.  
Для решения вопроса о направлении для проведения процедуры ЭКО Вам необходимо обратиться в медицинскую организацию по месту прикрепления.  
16. Вопрос: Кто может объективно оценить качество оказанной пациенту медицинской помощи в страховой медицине?  
Ответ: Оценка качества медицинской помощи, предоставляемой по программе ОМС, осуществляется страховой медицинской организацией. Чтобы провести компетентную экспертизу качества лечения гражданин может обратиться в страховую медицинскую компанию, выдавшую ему полис ОМС, с соответствующим заявлением.

ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (далее «СОГАЗ-Мед») — одна из трех крупнейших страховых медицинских организаций Российской Федерации, специализирующихся на осуществлении обязательного медицинского страхования. Защита прав и законных интересов граждан на получение бесплатной качественной, доступной медицинской помощи по программе ОМС – является приоритетным направлением деятельности «СОГАЗ-Мед». Вот уже 16 лет мы защищаем и отстаиваем права застрахованных на получение доступной и качественной медицинской помощи, круглосуточно обеспечивая правовую поддержку каждому нашему застрахованному.  
Обратиться в «СОГАЗ-Мед» Вы можете по телефону Круглосуточной круглосуточно-диспетчерской службы 8-800-100-07-02 (звонок по РФ бесплатный) и на официальный сайт www.sogaz-med.ru в рублике «Письмо директору». Мы рады каждому вашему обращению к нам.