

сегодня 10:30 | Экономика

Медицинские услуги, которые для каждого рязанца уже оплачены

Подробный перечень: на что дает право полис обязательного медицинского страхования



Своевременное обращение в страховую компанию спасет вас не только от лишних финансовых расходов, но и может спасти вашу жизнь.

Фото: Валерий ЗВОНАРЕВ

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь, оказываемую в гарантированном объеме без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа). Она ежегодно утверждается правительством Российской Федерации. Далее на основе этой Программы субъекты РФ утверждают свои территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

– Бесплатные медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию, или сокращенно ОМС, может получить любой гражданин России, трудится он в данное время или нет, в том числе и ребенок, при наличии у него полиса обязательного медицинского страхования, – объясняет **директор филиала ООО «КапиталМС» в Рязанской области Виктор Юдин-Беседин**. – Полис ОМС – это документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации. И со списком этих бесплатных услуг каждый рязанец имеет право ознакомиться.

КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОКАЗЫВАЮТСЯ БЕСПЛАТНО?

В рамках бесплатного медицинского обслуживания по полису ОМС граждан РФ может рассчитывать:

- на первичную доврачебную амбулаторную и стационарную помощь, оказываемую фельдшерами, акушерами и другими медработниками со средним специальным образованием, первичную врачебную помощь педиатров и терапевтов, в том числе участковых и семейных врачей, первичную помощь врачей-специалистов;
- на круглосуточную и дневную стационарную специализированную медицинскую помощь, включающую в себя профилактику, диагностику и лечение болезней и состояний, в том числе связанных с рождением детей, которые требуют применения специальных методов и использования высоких медицинских технологий;
- на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), в том числе с применением клеточных технологий и робототехники (с перечнем ее видов можно ознакомиться в приложении к Программе государственных гарантий на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ № 1506 от 10.12.2018 г.);
- скорую медицинскую помощь и медицинскую эвакуацию при заболеваниях, несчастных случаях, травмах и прочих состояниях, требующих незамедлительного вмешательства медиков.

В соответствии с программой обязательного медицинского страхования Рязанской области на 2019 год жителям нашего региона по полису ОМС предоставляется бесплатно амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь при следующих группах болезней и состояниях:

- инфекционные и паразитарные болезни;
 - новообразования;
 - болезни эндокринной системы;
 - расстройства питания и нарушения обмена веществ;
 - болезни нервной системы;
 - болезни крови, кроветворных органов;
 - отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
 - болезни глаза и его придаточного аппарата;
 - болезни уха и сосцевидного отростка;
 - болезни системы кровообращения;
 - болезни органов дыхания;
 - болезни органов пищеварения, в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);
 - болезни мочеполовой системы;
 - болезни кожи и подкожной клетчатки;
 - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
 - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
 - врожденные аномалии (пороки развития);
 - деформации и хромосомные нарушения;
 - беременность, роды, послеродовой период и аборты;
 - отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
 - психические расстройства и расстройства поведения;
 - симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.
- Исключением являются заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения. Помощь при этих видах заболеваний оказывается также бесплатно, но за счет региональных и федеральных бюджетных средств.

Кроме того, отдельные категории граждан имеют право:

- на льготное обеспечение лекарственными препаратами;
- на профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию – взрослое население в возрасте 18 лет и старше, в том числе работающие и неработающие граждане, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме;
- на медицинские осмотры в связи с занятиями физической культурой и спортом
- несовершеннолетние;
- на диспансеризацию – дети-сироты, дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, дети, оставшиеся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- на диспансерное наблюдение – граждане, страдающие социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также лица, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями;
- на пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка –беременные женщины;
- на неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний – новорожденные дети;
- на аудиологический скрининг – новорожденные дети и дети первого года жизни.

Также Программа госгарантий предполагает бесплатное оказание следующих мед.услуг и процедур:

- бесплатная медицинская реабилитация, осуществляемая в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара;
 - паллиативная медицинская помощь, направленная на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан;
 - экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО);
 - различные виды диализа;
- бесплатная химиотерапия при злокачественных заболеваниях.

БЕСПЛАТНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Каждый гражданин имеет право на бесплатные профилактические медицинские мероприятия.

Граждане проходят диспансеризацию бесплатно в медицинской организации, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь. С 2019 года лица в возрасте от 18 до 39 лет могут пройти диспансеризацию 1 раз в 3 года, для лиц старше 40 лет предусмотрено прохождение ежегодной диспансеризации.

Также бесплатно производится диспансерное наблюдение граждан, которые страдают социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями.

ПРЕДЕЛЬНЫЕ СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинскую помощь медики оказывают в трех формах:

- 1) экстренной – при внезапных острых заболеваниях, возникновении состояний, представляющих угрозу жизни пациента;
- 2) неотложной – при обострении заболеваний, в том числе хронических, возникновении состояний, не представляющих угрозу жизни пациента;
- 3) плановой – при проведении профилактики, заболеваниях и состояниях, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи.

Экстренная медицинская помощь пациенту оказывается безотлагательно и бесплатно, отказ в ее предоставлении не допускается. Ожидание неотложной помощи не должно превышать 2 часов с момента обращения в медорганизацию.

При плановой помощи медицинские учреждения должны соблюдать сроки ее оказания:

- прием участкового терапевта/педиатра не позднее 24 часов с момента обращения;
- консультация врача-специалиста не позднее 14 дней (здесь и дальше речь идет о календарных днях) с момента обращения в медорганизацию;
- лабораторные и диагностические инструментальные исследования, включая УЗИ, рентген, маммографию не позднее 14 дней с момента назначения;
- КТ, МРТ и ангиография не позднее 30 дней с момента назначения;
- КТ, МРТ и ангиография онкологическим пациентам не позднее 14 дней с момента назначения;
- специализированная медпомощь (кроме высокотехнологичной медицинской помощи – далее ВМП) не позднее 30 дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию;
- специализированная медпомощь (кроме ВМП) онкологическим пациентам не позднее 14 дней с момента установления диагноза;
- приезд бригады скорой медицинской помощи не позднее 20 минут с момента вызова.

ЗА ЧТО НЕ ДОЛЖНЫ ПЛАТИТЬ ПАЦИЕНТЫ?

Не все должны оплачивать и медицинские услуги, находясь в лечебных учреждениях. Директор филиала ООО «Капитал МС» в Рязанской области Виктор Юдин-Беседин напоминает, на что не должны тратиться застрахованные по ОМС пациенты:

– В рамках федеральной и территориальных программ граждане РФ не должны оплачивать личными средствами лекарства по медицинским показаниям из перечня жизненно необходимых и важнейших. Даже при прохождении лечения в стационаре, в том числе в дневной форме! Кроме того, бесплатно должны выдаваться медицинские изделия и лечебное питание, назначенные врачом.

Бесплатным должно быть размещение в маломестных палатах или боксах по медицинским или эпидемиологическим показаниям. Бесплатно должны осуществляться даже перевозки пациента в другое медучреждение в диагностических и прочих целях. Можно добавить, что за счет ОМС обеспечивается пребывание в стационаре родителя больного ребенка в возрасте до 4 лет с предоставлением ему спального места и питания, а также родителя ребенка старше 4 лет – при наличии медицинских показаний.

ЗА ЧТО МОЖНО ЗАПЛАТИТЬ?

Законодательство РФ допускает получение гражданами по их желанию платных медицинских, а также сопутствующих им немедицинских услуг (сервисных, бытовых и т. д.). При этом можно оплатить как полный курс лечения, так и отдельные консультации или медицинские манипуляции.

Больницы и поликлиники, участвующие в Программе гарантированного оказания бесплатной медпомощи, также могут предложить пациенту платные услуги на условиях, отличных от прописанных в Программе. Отказ пациента от предложенных платных услуг не может повлечь за собой уменьшение видов и объема бесплатной медицинской помощи, гарантированной Программой.

Платно оказывается медицинская помощь, если:

- услуга или условие ее бесплатного предоставления отсутствует в Программе;
- анонимное получение медицинской услуги, где оно не предусмотрено

законодательством РФ;

- если медицинская помощь оказывается иностранному гражданину либо лицу без гражданства, которые не имеют полиса ОМС. Также платно оказываются услуги гражданам России, которые не проживают на территории России постоянно и не имеют полиса ОМС;
- при самостоятельном обращении за получением медуслуг.

КУДА НУЖНО ОБРАЩАТЬСЯ, ЕСЛИ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ МЕДПОМОЩИ УЩЕМЛЕНО?

С вопросами о бесплатном оказании медпомощи, а также в случаях конфликта, нарушения прав на получение медицинской помощи, взимания платы за оказанные медуслуги следует обращаться:

- в администрацию медицинской организации – к заведующему отделением, руководителю медицинского учреждения;
- в офис страховой медицинской организации, включая страхового представителя очно или по телефону, номер которого указан в страховом полисе;
- в территориальный орган управления здравоохранением и территориальный орган Росздравнадзора, территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
- в общественные советы (организации) по защите прав пациентов при органе государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и при территориальном органе Росздравнадзора;
- в профессиональные некоммерческие медицинские и пациентские организации;
- в федеральные органы власти и организации, включая Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Росздравнадзор и пр.

СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ КАК ПОМОЩНИК РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА БЕСПЛАТНУЮ МЕДПОМОЩЬ

Основная роль в защите прав граждан и законных интересов в системе ОМС принадлежит страховой медицинской организации.

Страховые представители – специально обученные сотрудники страховых компаний обеспечивают соблюдение интересов граждан и индивидуальное сопровождение при оказании им бесплатной медпомощи.

Страховой представитель:

- предоставляет гражданину справочно-консультативную информацию, в том числе о праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача, а также о порядке получения полиса обязательного медицинского страхования;
- информирует о необходимости прохождения диспансеризации и опрашивает по результатам ее прохождения;
- консультирует по вопросам оказания медицинской помощи;
- сообщает об условиях оказания медицинской помощи;
- формирует справки об оказанной медицинской помощи, которые позволяют установить достоверность объемов оказанной медицинской помощи, оплаченных страховой компанией, и выявить неправомерные действия медицинских работников по взиманию платы с застрахованного лица за оказанные в рамках программы ОМС услуги, которые должны предоставляться на бесплатной основе;
- помогает подобрать медицинскую организацию, в том числе оказывающую специализированную медицинскую помощь;
- контролирует проведение диспансеризации;
- организует рассмотрение жалоб застрахованных граждан на качество и доступность оказания медицинской помощи.

Кроме того, можно обращаться в офис страховой медицинской организации к страховому представителю при:

- отказе в записи на прием к врачу-специалисту при наличии направления лечащего врача;
- нарушении предельных сроков ожидания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах;
- отказе в бесплатном предоставлении лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания – всего того, что предусмотрено Программой;
- ситуации, когда предложено оплатить те медицинские услуги, которые по медицинским показаниям назначил лечащий врач. Если пациент заплатил за медицинские услуги, необходимо обязательно сохранить кассовый чек, товарные чеки и обратиться в страховую медицинскую организацию, где помогут установить правомерность взимания денежных средств, а при неправомерности – организовать их возмещение;
- иных случаях, когда считаете, что ваши права нарушены.

ВАЖНО!

Вы можете получить консультацию у страховых представителей и направить обращение (жалобу) через следующие каналы связи:

- региональный или федеральный контакт-центр (на вашем медицинском полисе есть номер телефона контакт-центра, по которому страховая компания круглосуточно готова разрешать ваши проблемы, номер телефона указан на обороте вашего полиса ОМС);
- сайт страховой медицинской организации;
- электронную почту;
- обращение на бумажном носителе, направленное по почте в адрес страховой медицинской организации;
- личный прием граждан по графику.

Самый быстрый способ связи со страховой компанией – обращение по телефону в контакт-центр. Обязательно запишите номер телефона контакт-центра СМО в вашем мобильном телефоне или в домашней телефонной книжке! Это «экстренный номер вашей службы спасения» в сфере обязательного медицинского страхования!

ЗАЧЕМ ОБРАЩАТЬСЯ В СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ?

– Когда у вас возникают проблемы со здоровьем и вы не получаете от медиков достаточной помощи, не надо растерянно ждать советов от знакомых, – уверяет директор филиала ООО «Капитал МС» в Рязанской области Виктор Юдин-Беседин. – Надо выбрать единственно верный путь, то есть обратиться в свою страховую компанию. Такое своевременное обращение спасет вас не только от лишних финансовых расходов, но и может спасти вашу жизнь! Обращаться в страховую компанию можно и нужно не только в момент или после возникновения осложнений при получении медицинской помощи – лучше предупредить эти проблемы и заранее получить профессиональную консультацию страхового представителя!

Только тесное взаимодействие застрахованных лиц и страховых представителей страховой медицинской организации позволит своевременно и в полной мере отстаивать интересы застрахованных лиц!

**Остались вопросы?
Звоните!**



**8 (800) 100 81 02
(4912) 90 80 03**

www.kapmed.ru