

## **Куда волгоградцам обращаться при проблемах с оказанием медицинской помощи?**

**2 Апреля 2025 года**

В каких случаях врач имеет полное право отказать в проведении той или иной процедуры, должны ли стационары обеспечивать больных бесплатными лекарствами, правда ли, что протезировать зубы можно только за деньги, куда обращаться, если не удастся попасть к нужному специалисту, при ухудшении самочувствия после некачественно проведенного лечения, - ответы на эти и другие вопросы «Городские вести» получили у специалистов организации, которая стоит на страже интересов пациентов – территориального фонда обязательного медицинского страхования. О правах и обязанностях пациентов и медорганизаций рассказала заместитель директора по организации ОМС Оксана Гребенькова.

- Оксана Николаевна, про систему обязательного медицинского страхования знает, наверное, каждый владелец медицинского полиса, но не все понимают, какую функцию выполняет территориальный фонд ОМС. В чем заключается деятельность этой организации и как реализуется система обязательного медицинского страхования в нашем регионе?

- Система ОМС существует в нашей стране уже более 30 лет. Она регламентируется федеральным законом Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации, имеет свою структуру и представлена определенными участниками. Также как и система здравоохранения, система ОМС основана на пациентоориентированности, когда главным лицом является застрахованное лицо (пациент), которому должна быть обеспечена бесплатная медицинская помощь.

В структуру ОМС входят: федеральный ФОМС, который создан для реализации госполитики в сфере ОМС, аккумулирует финансы, предназначенные для оплаты медпомощи в рамках базовой программы медстрахования; территориальные ФОМС, реализующие госполитику в сфере ОМС в регионах и координирующие взаимодействие между участниками системы ОМС - медицинскими и страховыми организациями.

- Полученные из федерального фонда средства направляются в страховые медорганизации, исходя из численности застрахованного населения. В каждой страховой компании (а у нас в регионе их две – ООО «Капитал Медицинское Страхование» и АО Страховая компания «СОГАЗ-Мед») зарегистрировано определенное количество лиц. За счет этих средств по выставленным счетам оплачивается медпомощь медучреждениям.

Помимо главной функции – финансового обеспечения территориальной программы ОМС – у ТФОМС есть и другие, в том числе, защита прав застрахованных лиц. Мы проверяем, как медицинские и страховые организации используют средства медстрахования, а также контролируем, как последние защищают права застрахованных лиц, потому что это входит в круг их обязанностей.

**- Перечень медицинских услуг в рамках полиса ОМС очень большой, а какие заболевания не входят в этот список?**

- Правительством РФ ежегодно утверждается программа государственных гарантий бесплатного оказания медпомощи, на основе которой утверждается территориальная программа. За счет средств ОМС лечится очень большой спектр заболеваний и с каждым годом виды и объемы услуг увеличиваются. По полису ОМС предоставляется первичная медико-санитарная помощь, специализированная в условиях стационара, скорая

медпомощь, а также высокотехнологичная с применением новых сложных и уникальных методов лечения, а также реабилитация, различные виды диализа, химиотерапия, профилактические осмотры, диспансеризация и т.д.

Исключение составляют заболевания, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекции, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения. Но это не означает, что пациент лечит их за свой счет – финансовое обеспечение осуществляется за бюджетные средства. Также за счет бюджетных средств оплачиваются некоторые дорогостоящие виды высокотехнологичной помощи. А вот зубное протезирование не включено в Территориальную программу – эту услугу пациент оплачивает самостоятельно, за исключением ветеранов боевых действий – участников СВО.

#### **КТ по желанию – за деньги**

**- В каких случаях поликлиника или больница имеет право отказать пациенту в предоставлении медпомощи в рамках ОМС?**

- По закону, отказ в оказании медицинской помощи недопустим. Но иногда возникают ситуации, когда пациент интерпретирует действие медучреждений как отказ. Это связано с тем, что некоторые случаи не вписываются в условия и порядок оказания медпомощи в рамках территориальной программы ОМС. В ней все прописано, начиная с момента обращения в медучреждение. Если ситуация не соответствует условиям и порядку оказания медпомощи, пациенту могут отказать. Самый простой пример, когда при обращении в поликлинику человек не предъявил паспорт или полис ОМС. В этом случае его личность нельзя идентифицировать и отказ будет правомерным, так как медорганизация не сможет потом выставить счет за оказанные услуги.

**- Что делать, если у человека нет с собой документов, а помощь требуется незамедлительно – внезапно ухудшилось самочувствие, случилась авария и т.д. В таких случаях тоже могут отказать?**

- Разумеется, нет. Вышеописанные ситуации не относятся к плановой помощи, которую можно отложить по времени. Если ситуация экстренная и речь идет о состояниях, угрожающих жизни и здоровью человека, помощь оказывается всегда. Отказ в этом случае не допустим, независимо от наличия полиса и паспорта. Другое дело, когда пациент, обращается в плановом порядке и в день обращения не может попасть к нужному специалисту, ему предлагается записаться на прием, взять талон. Это допустимо, так как плановая помощь оказывается в порядке очередности. Но если заболевание острое – высокая температура и т.п., то неотложная помощь должна быть оказана в течение двух часов с момента обращения в медорганизацию, а при экстренном состоянии бригада скорой медицинской помощи должна прибыть к пациенту в течение 20 минут с момента вызова.

**- Иногда пациенты жалуются на отказ врача в бесплатном проведении УЗИ, КТ, МРТ и других подобных процедур. Данные диагностические манипуляции входят в полис ОМС?**

- Бывают ситуации, когда пациенты, приходя на прием к врачу, требуют медицинские услуги, которые не показаны при их диагнозе – лабораторные анализы, рентгенологические исследования. Врач дает клиническую оценку состояния здоровья пациента, ставит диагноз и назначает обследование в соответствии с порядками оказания медпомощи и клиническими рекомендациями. Если данная процедура не показана при таком диагнозе, по желанию ее никто назначать не будет, так как это не оплачивается средствами ОМС. В случае, когда пациент считает, что та или иная диагностика ему желательна, он может получить ее на платной основе. Иногда у медучреждения нет возможности оказать медицинскую услугу в плановой форме в связи с отсутствием квот.

Объемы медпомощи распределяются по медицинским организациям в соответствии с решением специальной комиссии, и, если эти объемы поликлиника или больница выполнила, она вправе не предоставлять услугу. Но в этом случае лечащий врач должен

направить пациента в другую медорганизацию, которая сможет эту услугу бесплатно оказать.

УЗИ, КТ и МРТ, если они показаны конкретному человеку, проводятся бесплатно – либо в государственной клинике, либо в частной, по направлению. Потребность в этих услугах высокая, существует определенная очередность и не все хотят ждать, поэтому услуга может быть оказана вне очереди на платной основе.

#### **С учетом рисков**

**- Случается, что пациенты получают отказ в проведении операции из-за определенных проблем со здоровьем, хотя по клиническим рекомендациям она показана. Насколько правомерны такие отказы?**

- Любая медпомощь оказывается по показаниям, с обязательным учетом рисков, которые могут возникнуть. Если они существуют, пациент об этом предупреждается. Когда речь идет об угрозе жизни, то оперативное вмешательство не проводится, но обязательно назначается консервативное лечение. В целом же, в нашем регионе случаи неправомерного отказа в медпомощи очень редки. Но все обращения мы принимаем, рассматриваем их, объясняем, помогаем.

**- С какими проблемами пациент может обратиться в территориальный Фонд и каков порядок рассмотрения жалоб?**

- Пациенты имеют право обратиться в Фонд по любым вопросам, связанным с оказанием медпомощи, а также получением полисов ОМС. Способы обратной связи указаны на официальном сайте. Это может быть как устная консультация по телефону, так и письменное обращение по средством почтовой связи, электронной почты, через сервис «Обращения граждан» на официальном сайте Фонда, через платформу обратной связи на Госуслугах. В первую очередь, за разъяснениями нужно обратиться к руководству медорганизации, затем в страховую компанию, выдавшую полис ОМС (контактные телефоны указаны на полисе, на сайтах страховых компаний и Фонда). Территориальный Фонд является уже последней инстанцией.

Основную работу по рассмотрению жалоб проводят страховые представители – специалисты страховых компаний. Они делятся на три уровня: сотрудники контакт-центра, которые разбирают типовые вопросы, специалисты второго уровня, решающие вопросы непосредственно с медучреждением и третьего, более серьезного, когда речь идет об оказании некачественной медпомощи. В этом случае уже привлекаются эксперты – высококвалифицированные врачи, которые проводят экспертизу качества медицинской помощи. В ходе нее дается оценка соответствия медпомощи утвержденным порядкам ее оказания и клиническим рекомендациям. Если установят нарушения, медорганизацию обяжут выплатить штраф. В случае установления фактов некачественно оказанной медпомощи, которые привели к ухудшению состояния здоровья человека, к инвалидизации, смерти, а также при неправомерном отказе в медпомощи, взимании денежных средств, заключение экспертизы может стать основанием для рассмотрения дела в суде.

#### **Только один раз в год**

**- Вопросы обеспечения льготными лекарственными средствами входят в зону контроля территориального Фонда?**

- Обеспечение льготными лекарственными препаратами по рецептам относится к компетенции главных врачей поликлиник и комитета здравоохранения Волгоградской области. Что касается бесплатного предоставления лекарств в рамках полиса ОМС, то оно осуществляется только во время лечения в дневном или круглосуточном стационаре, а также при проведении отдельных медицинских процедур в поликлинике (физиотерапия, стоматология и пр.). Существует перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), утвержденный Правительством РФ. Это большой список препаратов, которые применяются при оказании помощи в рамках программы госгарантий практически при всех заболеваниях. Наши тарифы покрывают расходы

медорганизации на приобретение этих лекарств, в стационарах ими обязаны обеспечивать бесплатно. Если применять препарат, включенный в перечень нельзя в силу индивидуальной непереносимости, то организуется врачебная комиссия, которая принимает решение об использовании другого лекарственного средства. Заключение комиссии дает право лечебному учреждению приобрести препарат за счет средств ОМС. Финансовые средства для этого тоже предусмотрены.

**- Если человека не устраивает качество обслуживания в поликлинике по месту жительства, имеет ли он право обратиться в другую?**

- Федеральным законом закреплено право граждан на выбор медорганизации и врача. Для оказания первичной медицинской помощи каждый из нас прикреплен к поликлинике по месту жительства. Поликлинику можно сменить не чаще чем раз в год, не меняя места жительства. Например, если не устраивает обслуживание или удобнее обслуживаться в медучреждении ближе к месту работы, пациент имеет право подать заявление в другую поликлинику на имя главврача. Но в законе есть важная оговорка: выбор медорганизации осуществляется с согласия лечащего врача, который может отказать пациенту, если участок, например, перегружен. Когда же человек меняет место жительства, то он имеет безоговорочное право прикрепляться к другой поликлинике.

**- Каждый житель может получить полис ОМС или имеются исключения? И можно ли поменять страховую компанию, если не устраивает, как она рассматривает жалобы и обращения?**

- Все, кто имеет гражданство РФ, считаются застрахованными. При рождении ребенка, если он является гражданином России, сведения автоматически попадают в Федеральный единый регистр застрахованных лиц. Эта запись поступает на Госуслуги родителям, которые должны обратиться в страховую компанию. Выбор компании - это право застрахованного лица. Человек может ее менять по своему желанию, но не чаще одного раза в год, и при переезде в другой регион на постоянное место жительства.

Кроме граждан России, полис ОМС могут получить постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства и беженцы, при этом свой статус они должны подтвердить соответствующими документами.

**Переход на «цифру»**

**- Можно ли по полису ОМС получать услуги в частных клиниках?**

- В системе ОМС у нас могут работать любые медорганизации, независимо от их формы собственности. Главное, чтобы они соответствовали определенным условиям. Перечень медорганизаций формируется ежегодно. В нашем регионе более 40 частных организаций, которые оказывают медпомощь в системе ОМС. С их перечнем можно ознакомиться на сайте Фонда. Клиники выполняют по полису процедуру ЭКО, диализ, КТ, МРТ, оказывают неврологическую, травматологическую, хирургическую и другие виды помощи, но только в рамках предоставленных им квот.

**- С какого момента действует цифровой полис и что его появление означает для пациентов?**

- Цифровой полис – это цифровой код записи о застрахованном гражданине в едином регистре застрахованных лиц Государственной информационной системы ОМС. Такая форма введена с 1 декабря 2022 года. С этого момента выдача полисов на бумажных носителях не осуществляется. Они еще действуют без ограничений, но, если пациент теряет полис, он не переоформляется. В этом случае человек либо распечатывает выписку с Госуслуг, либо идет в страховую компанию, где ему ее выдают. В перспективе можно будет полис не предъявлять совсем, медорганизации идентифицируют личность по паспорту. Такое право возникло с января 2024 года. Но сейчас идет переходный период, поэтому на новую схему перестроились не все медорганизации и в ряде случаев требуется предъявить полис.