



Территориальный фонд
обязательного медицинского страхования
Чеченской Республики



ОМС
— ДУМАЕМ ОБО ВСЕХ,
ЗАБОТИМСЯ О КАЖДОМ

г. Грозный,
2014

ГЛАВА 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

СТАТЬЯ 16. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ



Застрахованные лица имеют право на:

- бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:
 - а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
 - б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
- 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 в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;
- выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

- защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.



Застрахованные лица обязаны:

- предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
- подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
- уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
- осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.



Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.



Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями), путем обращения в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети «Интернет» и может дополнительно публиковаться иными способами.

Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) этой страховой медицинской организации. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю страховой медицинской организацией выдается полис обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 4 части 2 настоящей статьи.

Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.



Страховые медицинские организации, указанные в части 6 настоящей статьи:

в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса обязательного медицинского страхования;

обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса обязательного

медицинского страхования в порядке, установленном статьей 46 настоящего Федерального закона;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

КТО ЗАЩИЩАЕТ ПРАВА ПАЦИЕНТОВ?

В случае оказания некачественной медицинской помощи заявитель имеет право последовательно обращаться с жалобами в следующие инстанции:

НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ:

- непосредственно к врачу, оказавшему некачественную медицинскую помощь;
- к руководителю структурного подразделения (заведующему отделением, заведующему поликлиникой) медицинского учреждения, где оказана некачественная медицинская помощь;
- к заместителю руководителя медицинского учреждения по клинично-экспертной работе;
- во врачебную комиссию (ВК) конкретного ЛПУ, которая в 3-х дневный срок дает письменное заключение по существу;
- к главному врачу медицинского учреждения;

Независимо от обращения в учреждения системы здравоохранения или параллельно с ним заявитель имеет право обратиться в застраховавшую гражданина страховую медицинскую организацию.

НА ВТОРОМ ЭТАПЕ (при неудовлетворенности от разбора жалобы или претензии на первом этапе):

- в страховую медицинскую организацию;
- в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики;

ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ЖАЛОБЫ

Порядок рассмотрения жалобы в страховой медицинской организации (СМО):

А Физическое или юридическое лицо* (страхователь) в письменной форме подает претензию, содержащую информацию по существу дела, с приложением подтверждающих документов и подписанную заявителем с указанием паспортных данных и почтового адреса (анонимные обращения не рассматриваются).

Б СМО регистрирует жалобу, при необходимости приглашает врача-эксперта, который проводит экспертизу качества оказанной медицинской помощи по медицинским документам, разбирает данный случай с медицинским персоналом ЛПУ, оказавшим помощь пациенту, если требуется, проводит очное освидетельствование больного.

В По результатам экспертизы составляется акт с указанием выявленных нарушений, если таковые имеются. Акт подписывается ЛПУ и СМО и является основанием для предъявления требований к ЛПУ о возмещении материального вреда, устранения выявленных недостатков.

Г Заявителю в 10-тидневный срок дается письменный ответ по результатам проведенной экспертизы.

Сроки рассмотрения обращений граждан могут превышать один месяц со дня поступления в соответствующую организацию, а обращения, не требующие дополнительного изучения и проверки, рассматриваются безотлагательно, но не позднее 15 дней.

КТО НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕКАЧЕСТВЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ?

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью.

В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, ущерб возмещается в соответствии с частью 1 статьи 66 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

В случае причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Решение о возмещении вреда здоровью на основе результатов проведения медицинской экспертизы может быть принято как в досудебном, так и в судебном порядке.

Мировое соглашение как средство разрешения споров, возникающих в связи с защитой прав и законных интересов пациентов в системе ОМС, может быть использовано сторонами на досудебном уровне. В данном случае ЛПУ имеет возможность

урегулировать спор в добровольном порядке, не дожидаясь судебного решения. Заключив на определенных условиях договор о разрешении материально-правового спора и заверив его нотариально, ЛПУ возмещает вред, нанесенный больному без доведения дела до суда.

Судебное рассмотрение иска о возмещении вреда здоровью также может быть урегулировано мировым соглашением. Если стороны в ходе судебного разбирательства приходят к соглашению о прекращении судебного спора, то мировое соглашение в данном случае приобретает силу судебного решения и судебный процесс заканчивается мирным урегулированием возникшего конфликта.

■ СОВЕТЫ ВЛАДЕЛЬЦУ СТРАХОВОГО МЕДИЦИНСКОГО ПОЛИСА

- Помните - в городе есть замечательные специалисты и хорошие больницы и поликлиники. У Вас есть право выбора поликлиники, врача, больницы и получения их услуг за счет страховых средств. Пользуйтесь этими правами максимально и в режиме доброжелательной настойчивости. Не будете – это просто сделают другие.
- В поликлинике или стационаре, в случае возникновения проблем, не урегулированных с лечащим врачом, за помощью обращайтесь к заведующему отделением или к заместителю главного врача по лечебной работе. Решать Ваши проблемы – их основная обязанность.
- Если при получении бесплатной медицинской помощи возникают препятствия – за разъяснениями обращайтесь письменно в адрес главного врача и (или) директора страховой компании. Письменное обращение многократно результативнее устного.
- Пациент вправе поручить ведение всех «проблемных» переговоров и действий любому близкому человеку. Достаточно оформить не требующую нотариального заверения доверенность.
- Если обследование Вам назначает лечащий врач - проведено оно должно быть за счет средств медицинского страхования. Если вынуждают платить – обязательно оформляйте договор, храните чеки и обращайтесь в страховую компанию. Возможен возврат денег.
- На все вопросы об обязательном медицинском страховании обязаны отвечать руководители поликлиники (которую Вы выбрали), эксперты Вашей страховой компании (см. номер телефона на полисе), специалисты по защите прав застрахованных граждан Территориального фонда обязательного медицинского страхования.

МЫ ЗАБОТИМСЯ

о Вашем здоровье!