



КАК ПОЛУЧИТЬ БЕСПЛАТНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

КАК ПОЛУЧИТЬ БЕСПЛАТНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Как получить бесплатную медицинскую помощь. — Москва :
Ключ-С, 2012. — 32 с. — (Библиотека института «Справедливый мир» :
вып. 27).

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Право мы имеем.....	4
Как поменять медучреждение и врача?.....	12
Как не заблудиться в трех соснах?.....	14
Куда жаловаться?.....	16
Возможность получения бесплатных лекарств.....	18
Как получить высокотехнологичную медицинскую помощь?	23

ВВЕДЕНИЕ

Гражданам в нашей стране хорошо известно, что осуществить свое конституционное право на бесплатную медицинскую помощь легче всего... за деньги!

По некоторым данным, россияне оплачивают наличными около 40% медицинских услуг. Причем в большинстве своем они оплачивают услуги, которые им полагаются бесплатно, т.е. эти услуги включены в программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Речь идет не о «подарках» врачам в знак благодарности за лечение, а об откровенном вымогательстве.

Чтобы лечиться бесплатно, надо знать свои права, понимать установленный порядок предоставления конкретной медицинской услуги и плюс к тому проявить настойчивость.

ПРАВО МЫ ИМЕЕМ...

Отношения врача и пациента — одни из самых непростых в обществе, и они должны быть тщательно регламентированы. Недавно Государственная Дума приняла два базовых закона, которые должны были оздоровить российское здравоохранение. Однако этого пока не произошло.

При обсуждении этих базовых законов чиновники Минздрава утверждали, что ясность внесут подзаконные акты, в которых все будет подробно прописано. По оценкам экспертов таких подзаконных актов должно быть не менее ста. Но их нет, и неизвестно, когда будут.

Тем не менее, чтобы не платить за медицинские услуги, базовые законы надо знать. Это Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011

и Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 22.11.2010.

Прочитав оба закона, вы сможете, в случае если вам, например, откажут дать талон на бесплатное УЗИ и практически любое другое исследование или госпитализацию, сослаться на ст. 80 Федерального закона № 323-ФЗ, в которой дан перечень услуг, не подлежащих оплате из личных средств граждан, и потребовать соблюдения ваших законных прав. Конечно, этого будет недостаточно, но начало разговору положено.

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предоставляются:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- 2) специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная;
- 3) скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
- 4) паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Однако во всех медицинских учреждениях действует негласная установка экономить деньги, так как действующий тариф оплаты услуг зачастую не покрывает всех расходов учреждения на оказание данных услуг. Особенно это касается выполнения анализов и любых исследований, требующих применения расходных материалов. Анализ — это всегда затраты на персонал, на расходные материалы. Тем не менее помощь должна быть оказана в полном объеме. Пациенты обычно не знают, какие у них есть права на бесплатную медицинскую помощь, что дает возможность некоторым медработникам использовать ситуацию в корыстных целях. Талонов на бесплатное обследование всегда не хватает, а за деньги все можно сделать в день обращения.

У Виктора М. случился сердечный приступ, и он вызвал «скорую». Врачи сняли кардиограмму, ввели внутривенно необходимые лекарства и передали сведения о случившемся в районную поликлинику. На

следующий день к Виктору пришел участковый врач и дал срочное (по Сіто) направление к кардиологу. Кардиолог: «Вам нужно сделать Эхо ЭКГ сердца, пойдите и сделайте». Виктор попросил направление. Кардиолог: «Какое направление (?), идите в любую клинику или центр, где эту процедуру делают, заплатите, и вам сделают. Нам никто талонов больше не дает. А наша поликлиника такое обследование не делает, нет аппаратуры». Пришлось Виктору раскошелиться.

Однако ситуация могла бы быть и другой, прояви Виктор настойчивость. Нужно было обратиться к заместителю главного врача по медицинской части, и вопрос был бы решен однозначно и в тот же день. Конечно, бывают и на этом уровне сбои, тогда нужно звонить в Управление здравоохранения — ныне Дирекция по обеспечению деятельности учреждений здравоохранения округа (для Москвы) или муниципально-го района.

А вот другой случай.

Это пример откровенного вымогательства: Наталии Н. врач-эндокринолог рекомендовал пройти обследование щитовидной железы и при этом сказал, что талонов на бесплатное обследование нет. Можно встать в очередь за талоном, а можно пройти обследование платно хоть завтра — за 2000 рублей.

Наталия зарегистрировалась в очереди, а через две недели выяснила, что все еще стоит в самом конце и ждать ей, в лучшем случае, месяц.

Наталия позвонила в региональное отделение Росздравнадзора. Через несколько дней оттуда был отправлен факс на имя главврача, в котором, сославшись на программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на данной территории, бесплатной медицинской помощи на 2012 год, было высказано недоумение сложившейся ситуацией. И сразу же из приемной главврача перезвонили и сообщили, что пациент может прийти за талончиком на бесплатное обследование.

Вы должны знать, что если обследование назначается лечащим врачом в медицинском учреждении, работающем в системе обя-

зательного медицинского страхования — ОМС (в этой системе работают практически все государственные и муниципальные медицинские учреждения), **то оно должно проводиться за счет бюджетного финансирования или средств ОМС, а не за ваш счет.** Есть исключения, но об этом позже.

Система ОМС — это система региональных денежных фондов, в которые поступают страховые платежи работающего населения, а также платежи из бюджета на неработающее население. Этими деньгами, а также федеральным и региональным бюджетами и оплачивается бесплатная медицинская помощь.

Все виды медпомощи, за которые не надо платить, более конкретно прописаны в ежегодных Программах государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи: в федеральной (базовой) и региональных (территориальных) программах. Регионы обязаны принимать свои программы на уровне не ниже федерального. То есть расширять перечень услуг и сокращать сроки оказания медицинской помощи по сравнению с госпрограммой регион может, а наоборот — нет.

Поэтому, если при наличии полиса вас просят оплатить медицинские услуги, надо не полениться и узнать, входит ли данная услуга именно в региональную программу оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и, соответственно, может ли она быть предоставлена бесплатно.

Нужно помнить, что практически вся медицинская помощь, осуществляемая по медицинским показаниям, предоставляется бесплатно в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи пациентам с данной нозологической формой заболевания. За деньги оказываются медицинские услуги, для которых нет медицинских показаний, а только желание пациента.

Во всех медицинских организациях в доступном для граждан месте (у регистратуры, в приемном покое и других) должна быть подробная информация о видах медицинской помощи, предоставляемой бесплатно. Там же должна быть информация о правах паци-

ента, об администрации медицинской организации, органах управления здравоохранением всех уровней, а также страховых компаниях, осуществляющих обязательное медицинское страхование граждан на данной территории. Если этой информации в соответствующем месте нет, вы можете потребовать предоставить ее вам.

Бесплатным является амбулаторный прием и лечение у участкового терапевта, а также лечение у других специалистов и, в случае необходимости, госпитализация в профильное учреждение, первичная медицинская помощь, в том числе специализированная медпомощь. В программу государственных гарантий включен вызов скорой помощи, лечение с помощью высоких технологий, которое квотируется (об этом в последнем разделе), а также паллиативная помощь. Бесплатными являются жизненно важные медицинские препараты.

Очередность на бесплатную медицинскую помощь, в том числе на проведение диагностических исследований, не должна превышать 10 рабочих дней с регистрации даты обращения пациента в медицинскую организацию.

Если необходимого оборудования в вашей районной поликлинике действительно нет, вас обязаны направить на обследование или лечение в другое лечебное учреждение.

Согласно Постановлению Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», прежде чем навязывать платную медицинскую услугу, врач должен разъяснить пациенту, как и в какие сроки услуга может быть предоставлена бесплатно за счет средств ОМС. Если пациент не хочет ждать и готов платить, то его отказ от получения бесплатной медицинской помощи должен быть зафиксирован в его медкарте. Только в этом случае врач вправе выдать направление на обследование за счет личных средств пациента. Платная медицинская услуга должна оказываться вне общей очереди и в отдельном кабинете.

Некоторые виды медицинских услуг предоставляются только

за плату. Перечень таких услуг должен быть вывешен на видном месте.

Это могут быть консультации специалистов, проводимые по личной инициативе граждан, медицинское обеспечение частных мероприятий, анонимное лечение, диагностика и процедуры на дому, ряд профилактических прививок, косметологические услуги, гомеопатическое лечение, зубное протезирование и т.д.

Конечно, разобраться в вопросах платности или бесплатности необходимой вам медицинской помощи не так просто. Несмотря на многословие, программа госгарантий непрозрачна, нет необходимых расшифровок, что конкретно входит, например, в амбулаторно-поликлиническую помощь или высокотехнологичную. Поэтому вас и выпроваживают за дверь разговорами о том, что «талонов/направлений нет» или «это исследование у нас в поликлинике/больнице не делают». Или пускают по кругу. Невропатолог говорит: «Идите к кардиологу». Кардиолог спрашивает: «Вы были у невропатолога? Пусть он назначит вам это исследование» и т.д., и вы, махнув рукой, решаетесь заплатить.

Возьмем стоматологию. В программе ОМС на год по этому виду услуг на каждого человека отведено всего 20 рублей. Поэтому в государственных учреждениях бесплатно работает чаще всего хирург.

Но, проявив настойчивость, вы сможете сохранить свои зубы без особых затрат: в каждом районе, округе есть взрослые и детские стоматологические поликлиники, оказывающие все виды стоматологической помощи (кроме зубопротезирования) в рамках системы ОМС. А в некоторых округах есть поликлиники в системе ОМС, которые осуществляют даже бесплатное зубопротезирование.

Отдельным категориям граждан зубопротезирование также выполняется на бесплатной основе (за счет средств фонда социального страхования).

Если вам не удалось разобраться в хитросплетениях бесплатной медицинской помощи, позвоните в Управление здравоохранения или Дирекцию, или руководству ЦРБ района или округа. Телефоны

вышестоящих организаций размещены на информационных стендах всех лечебно-профилактических учреждений. Можно позвонить в региональный фонд обязательного медицинского страхования или в страховую компанию, выдавшую вам полис ОМС (телефон указывается на самом полисе), и задать прямой вопрос, например: «является ли бесплатным дуплексное сканирование брахиоцефальных ветвей дуги аорты, как и где его можно сделать по выданному вами страховому полису». Они обязаны дать вам исчерпывающую информацию.

Если вас ввели в заблуждение и неправомерно взяли деньги, то страховая компания может возместить вам всю или часть суммы, но только при предъявлении соответствующих чеков и наличии медицинских показаний к данному виду лечения. Срок рассмотрения письменного заявления — один месяц.

Даже дав согласие на получение платной услуги, вы можете попытаться вернуть затраченные деньги. Врач-эксперт страховой компании свяжется с главным врачом поликлиники, и они решат, есть ли основания пойти вам навстречу.

В некоторых медучреждениях пациентов заставляют подписывать соглашения, вроде такого: нам известно, что мы можем получить услуги бесплатно, тем не менее предпочитаем заплатить. Понятно, что в этом случае в возврате денег по полису ОМС будет отказано.

Чтобы не стать заложником подобной ситуации, лучше заранее ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг в данном медицинском учреждении и с возможностями их бесплатного получения.

Помните, что вопрос о бесплатности лечения гораздо легче решить до момента оплаты, чем доказывать задним числом, что вы заплатили не по доброй воле, а по принуждению!

Какими еще **правами** располагает пациент? Перечислим основные.

- Право на высокотехнологичную медицинскую помощь;
- Право на выбор врача и медицинской организации;

- Право на получение консультаций врачей-специалистов;
- Право на получение информации о медицинской организации, а также о врачах, уровне их образования и квалификации;
- Право на получение медицинской помощи (профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию) в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- Право на получение медицинской помощи сверх стандартов (при наличии медицинских показаний, индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям). Решение принимается врачебной комиссией;
- Право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- Право на получение информации о состоянии своего здоровья;
- Право на защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- Право на получение достоверной информации об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах;
- Право на отказ от медицинского вмешательства;
- Право на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- Право на духовную, моральную и юридическую поддержку.

Эти права вам гарантированы вышеупомянутыми федеральными законами. Напомним их: Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 и Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 22.11.2010.

Рассмотрим более подробно, как реализовать право на выбор медицинской организации и врача, право на получение консультаций врачей-специалистов и право на высокотехнологичную медицинскую помощь.

КАК ПОМЕНЯТЬ МЕДУЧРЕЖДЕНИЕ И ВРАЧА?

Как правило, человек прикрепляется к амбулаторно-поликлиническому учреждению по месту постоянной регистрации. Но есть немало причин, заставляющих людей обращаться в другие поликлиники и больницы. Например, в случаях, когда человек фактически не проживает по тому адресу, где официально зарегистрирован, или недоволен качеством местного медицинского обслуживания.

Помните! Согласно действующему законодательству вы можете выбрать любое медучреждение, с которым страховая компания, выдавшая вам полис ОМС, имеет договорные отношения.

Однако не все так просто.

В законе об обязательном медицинском страховании говорится о праве самостоятельно выбирать медицинскую организацию, но с оговоркой — в случае, если данная организация может прикрепить пациента для медицинского обслуживания. Иными словами, решение о прикреплении вас к тому или иному лечебно-профилактическому учреждению (ЛПУ) отчасти остается за его руководителем. Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 года № 406н граждане могут выбрать медицинскую организацию в рамках ОМС для оказания бесплатной медицинской помощи на дому лишь в пределах территории, на которой они проживают.

В решении о прикреплении пациента к тому или иному ЛПУ может участвовать и местное руководство здравоохранением. Ведь ресурсные возможности подведомственных ему медучреждений не безграничны. Уже сейчас ко многим лечебным учреждениям прикреплено больше пациентов, чем они могут обеспечить медицинской помощью, так что вам могут отказать в прикреплении на законных основаниях. Чаще всего медицинская организация готова принять пациента и оказать медицинскую помощь лишь при наличии у него направления от лечащего врача. Круг замыкается.

Оказание экстренной и неотложной амбулаторной и стационарной медицинской помощи (при острой боли, высокой температуре и т.д.) предоставляется независимо от прикрепления к ЛПУ и наличия полиса ОМС.

Каков порядок? Чтобы обслуживаться в конкретном медучреждении, вы подаете заявление или в городское (районное) управление здравоохранением, или на имя главврача выбранного медучреждения. Оттуда на адрес медучреждения, в котором вы обслуживались до сих пор, должно быть отправлено письмо с просьбой подтвердить представленные вами сведения. При взаимном согласии вы снимаетесь с медобслуживания на старом месте и становитесь на новом. С места на место пересылается копия вашей истории болезни. Или вам выдают вашу амбулаторную карту, и вы отвозите ее в новое лечебное учреждение.

Воспользоваться этим правом гражданин может не чаще одного раза в год, за исключением случаев изменения места жительства или пребывания.

Процедура смены медучреждения подробно прописана в документе под названием «Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», который можно найти на официальном сайте Минздрава (<http://www.rosminzdrav.ru/>).

В отличие от смены медучреждения поменять лечащего врача проще. В системе бесплатной медицинской помощи мы обычно получаем лечащего врача «по прописке» или «участку», который закреплен за определенным врачом. Он потому и назывался раньше «участковым». Помните: это не лишает вас права выбрать лечащего врача. Надо обратиться в администрацию лечебного учреждения с письменной просьбой, и она должна быть удовлетворена. В случае отказа в выборе врача, обращайтесь в вышестоящие инстанции. Есть только одно условие: врач, у которого вы хотите лечиться, должен дать на это согласие.

КАК НЕ ЗАБЛУДИТЬСЯ В ТРЕХ СОСНАХ?

Москвичка Тамара Николаевна, являясь онкологической больной, одновременно страдает аритмией сердца. Районные и городские кардиологи предложили поставить ей кардиостимулятор, но это оказалось невозможным из-за онкологического заболевания.

Районная поликлиника дала ей направление в Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева для получения консультации и возможного лечения. При этом ее предупредили, что также необходимо получить разрешение в Департаменте здравоохранения Москвы. Стоит отметить, что врач допустил нарушение процедуры: должен быть собран пакет документов, определены четкие показания и выдано соответствующее направление за подписью заместителя главного врача по медицинской части.

При обращении в департамент Тамара Николаевна получила отказ, так как Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева — федеральная структура, а в городе, как заявил чиновник департамента, есть свои хорошие специалисты. Где и какие, он не уточнил.

Тамара Николаевна, вместо того чтобы обратиться в поликлинику к заместителю главного врача и решить оперативно все вопросы, стала искать информацию в Интернете. В течение первых трех часов она выяснила, что направление районной поликлиники в Бакулевский центр — это ничего не значащая бумажка. Прежде чем идти в департамент, надо обратиться к главному окружному кардиологу со всеми документами (историей болезни) и свежими анализами. Только его заключение будет иметь вес, но и оно не откроет двери «бакулевки». Читая «хождения по мукам родственных душ», Тамара Николаевна поняла, что для гипотетически положительного заключения придется еще не одну неделю добирать документы, заседадая на лечащего врача.

Еще два часа занял поиск главного специалиста по кардиологии в округе. Целый ряд сайтов, где соответствующая информация могла быть размещена, не обслуживался. По ходу дела выяснилось, что бывшее

Управление здравоохранением округа превратилось в «Государственное казенное учреждение Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения округа». За этим умопомрачительным названием и нашелся перечень всех главных специалистов округа, с указанием занимаемой должности, но без контактной информации.

Определив больницу, где главный специалист-кардиолог округа заведует кардиологическим отделением, Тамара Николаевна зашла на сайт больницы, но он оказался совершенно пустым. Не было даже телефона регистратуры. Был только телефон справочной. На вопрос, может ли житель округа получить консультацию у главного кардиоспециалиста округа, Тамара Николаевна получила неопределенно-протяжный ответ: «Дуумаю, что да». Любезно продиктованный телефон регистратуры свистел факсом. Было 17 часов.

На следующий день Тамара Николаевна одолжила денег у родственников и пришла на платную консультацию в Бакулевский центр. Без проблем.

Чтобы получить бесплатную медицинскую услугу, надо знать не только свои права, но и порядок предоставления государственными и муниципальными медицинскими учреждениями таких услуг. Знаете правила — сэкономите нервы и время.

Однако пробиться в федеральный медицинский центр к врачу-специалисту при наличии региональных профильных лечебных учреждений в настоящее время крайне затруднительно.

Проблемы у пациентов возникают и в связи с тем, что до сих пор не разработаны все необходимые стандарты медицинской помощи. **Медицинский стандарт** — нормативный документ, устанавливающий требования к процессу оказания медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретной системы медицинской помощи, обеспечивающий медицинскую помощь надлежащего качества.

В настоящее время Минздрав разрабатывает федеральные стандарты по основным группам заболеваний. Они станут основой для региональных стандартов.

С принятием Федерального закона № 323-ФЗ право на разработку и утверждение стандартов оказания медицинской помощи дано и регионам. При этом снижение федеральных стандартов допускаться не должно. И все же это означает, что уровень и качество медицинских услуг могут существенно различаться в разных регионах страны.

Чтобы ознакомиться со стандартами оказания медицинской помощи в вашем регионе, необходимо зайти на сайт регионального департамента здравоохранения. Там должна быть информация о стандартах по разным заболеваниям (группам заболеваний) и протоколам ведения больных.

Если оказалось, что по какому-то заболеванию нет ни региональных, ни федеральных стандартов, то можно сослаться на протоколы ведения больных, которые давно утверждены и много лет используются в медицине.

Имейте в виду, что стандарты — это механизм доступа к качественной медицинской помощи, а не система ограничений. При необходимости (наличии показаний) пациентам могут назначаться услуги и лекарственные средства, не включенные в настоящие стандарты и, конечно же, предоставляемые бесплатно.

КУДА ЖАЛОВАТЬСЯ?

Если вас не устраивает что-либо в работе медицинского персонала, обращайтесь за разъяснениями к главному врачу. Лучше это сделать в письменной форме, тогда вы сможете получить письменный ответ и обсудить его при необходимости с юристом.

Если у вас есть жалоба на качество лечения, то ее лучше направить не главврачу, а в страховую компанию, выдавшую вам полис.

Страховая компания обязана решить ваш вопрос в течение трех суток либо дать мотивированный отказ.

Надо иметь в виду, что страховая компания также заинтересована в экономии денег на ваше лечение. По мнению экспертов, в страховых компаниях остается до 40% средств, собранных по линии ОМС. Это плата за посредничество. Деньги на ваше лечение сначала поступают в ФОМС, оттуда в страховую компанию и уже затем в медицинское учреждение за оказанную вам услугу. Врачи страховой компании скрупулезно проверят, правильно ли вас лечили, но не в смысле допущенных врачебных ошибок, а по деньгам — не выписал ли врач лишнего талончика на анализ или процедуру. Например, правомерно ли было назначено обследование (УЗИ) по направлению лечащего врача.

Если вас не устраивает ответ страховой компании, вы вправе обращаться:

В территориальное отделение Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС);

В местный департамент здравоохранения (также может называться комитетом, управлением и т.п.);

В региональное управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития — Росздравнадзора.

Если и здесь результаты рассмотрения вас не удовлетворили, вы вправе обращаться:

В Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития — Росздравнадзор;

В Министерство здравоохранения Российской Федерации;

В Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РФ;

В Департамент высокотехнологичной медицинской помощи Минздрава РФ;

В Департамент охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздрава РФ;

В Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека — Роспотребнадзор;

В Прокуратуру;

В Администрацию Президента;

К Уполномоченному по правам человека.

Если вы обращаетесь письменно, то особых требований к заявлению нет. Оно должно содержать название учреждения, куда вы его направяете, желательно Ф.И.О. должностного лица, обязательно нужно указать свое полное имя и почтовый адрес. Озаглавить его можно просто «Заявление». Далее опишите кратко ситуацию и напишите, о чем просите. Очень желательно, чтобы текст был лаконичным и умещался на одной странице. Приложите также к нему копии документов, имеющих значение для дела.

Сделайте копию с заявления и когда будете подавать, потребуйте, чтобы на ней вам поставили отметку о приеме. В этом случае вы всегда сможете доказать факт обращения.

Срок ответа на заявление составляет 15 дней. По входящему номеру вы можете узнать, кто назначен исполнителем, и связаться с ним, чтобы узнать о предпринимаемых по заявлению мерах.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНЫХ ЛЕКАРСТВ

Перечень групп граждан, которые имеют право на бесплатные медикаменты, был сформирован еще в 1994 году. В сети этот документ № 890 от 1994 года называется «Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно» (<http://www.webapteka.ru/>). В списке военные, ветераны, инвалиды. А еще диабетики, больные шизофренией, дети до трех лет и дети из многодетных семей до шести лет. Всех перечислять не будем, прочитайте документ сами.

Есть еще второй, более «свежий» документ, который не противоречит первому: Федеральный закон РФ от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ), в котором также перечислены категории граждан, имеющих право на бесплатное получение лекарственных средств.

Далеко не все родители, имеющие маленьких детей до трехлетнего возраста, знают, что могут получать лекарства на лечение ребенка бесплатно. Об этом знают педиатры, но выписывать соответствующие рецепты не спешат.

Ребенку Светланы Р. поставили диагноз «атопический дерматит». Врач детской поликлиники назначил несколько курсов лечения с применением лекарств, каждое — по 500–700 рублей. В ответ на просьбу выписать льготный рецепт врач сказала, что в прикрепленной к поликлинике аптеке такого лекарства все равно нет, и Светлане пришлось исплатить на лекарства более тысячи рублей. В городском отделе здравоохранения, куда она позвонила, ей подтвердили, что бесплатных лекарств нет, так как выделенные в этом году на эти цели бюджетные средства уже закончились. Это пример грубого нарушения закона, но случается такое совсем нередко.

Проблема в том, что право на бесплатные лекарства дает федеральный закон, а средства на них должны изыскиваться из местного бюджета, в котором дыр, как в рыбацкой сети. Но даже тем, кого обеспечивают бесплатными лекарствами за счет федеральных средств, лекарств нередко не хватает из-за недостаточного финансирования и уменьшения объема закупок в связи с ростом цен на лекарства.

Ежемесячный норматив на получение бесплатных лекарств на человека составил в 2012 году всего 918 рублей. Сумма невелика. Например, для лечения ребенка от ОРВИ по стандартной схеме педиатра необходимо как минимум 950 рублей на лекарства. Чтобы уложиться в норматив, региональная власть получает дотацию из федерального бюджета, но и сама выделяет часть денег. Где больше, где

меньше. Поэтому 918 рублей — это в среднем по России. Не все регионы справляются с этой нормой.

Врачам дан негласный приказ экономить бюджетные средства. А вам надо проявить упорство и продемонстрировать убежденность в своей правоте.

Что нужно знать?

Каждый год Минздрав утверждает Перечень лекарств, распределяемых по линии дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) — то есть как раз бесплатных. Информацию о порядке их получения можно узнать у лечащего врача, в страховой компании, выдавшей страховой полис, или в территориальном фонде обязательного медицинского страхования. Кроме того, Перечень публикуется в печатной версии «Российской газеты» и на ее официальном сайте (<http://www.rg.ru/>).

Получить бесплатно можно только те лекарства, которые входят в утвержденный Минздравом Перечень. Но есть исключения. Если клинико-экспертная комиссия вашей поликлиники принимает решение по назначению вам не входящего в перечень лекарства, которое для вас является жизненно необходимым, то вы получите бесплатно и его. Основанием для назначения лекарства, не входящего в Перечень, является индивидуальная непереносимость или недостаточная эффективность препарата из Перечня.

В Перечне часто указываются международные непатентованные наименования, а не те «торговые», к которым вы привыкли. Найти то наименование в Перечне, под которым «прячется» ваше привычное лекарство, поможет сайт справочника лекарственных средств <http://www.vidal.ru>. Наберите в окошке «поиск» привычное название, откройте аннотацию лекарства и в ней найдете международное название. И, наоборот, по международному названию можно найти «торговое». Так же можно найти синонимы нужного вам лекарства (т.е. лекарства с такой же химической формулой, международным непатентованным названием (далее МНН), но другого производителя).

Все закупки лекарственных средств производятся не по торговому, а по международному непатентованному наименованию на конкурсной основе, поэтому вместо препарата «Кавинтон» в аптечном пункте могут отпустить препарат «Вимпоцетин», а вместо «Вольтарена» — «Диклофенак» и будут абсолютно правы, так как у этих препаратов одинаковая химическая формула и название по МНН.

Правом выписки рецепта на получение бесплатного лекарства обладают врачи (фельдшеры), работающие в медицинских учреждениях системы ОМС. Но не все, а только те, которые включены в регистр врачей (фельдшеров), имеющих такое право. Формирование и ведение регистра осуществляют территориальные органы управления здравоохранением. Список врачей, наделенных таким правом в конкретной поликлинике, должен предоставляться по первому требованию пациента.

Рецепт на лекарственное средство выписывается по медицинским показаниям, по его международному названию, руководствуясь утвержденным Перечнем. Сумма расходов на такое средство не ограничивается.

С какими документами надо идти к врачу для получения льготного рецепта?

— Документ, удостоверяющий личность (паспорт).

— Документ, подтверждающий право на льготы.

— Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования.

— Полис обязательного медицинского страхования.

С выписанным рецептом надо идти в аптеку, которую укажет врач, выписавший рецепт. Никаких других документов предъявлять не надо.

Нужно ли являться лично к врачу для выписки рецептов?

Да, это обязательно, даже если получаете одни и те же препараты несколько лет. Рецепт выписывается только после осмотра врачом, при необходимости изменяется дозировка или вся схема лечения, а вот получать препарат по уже выписанному рецепту лично совершенно необязательно. Если по состоянию здоровья или иным

причинам вы не можете получить лекарства лично, его для вас может получить тот, кому вы это поручите.

Если выписанного препарата нет, работники аптеки должны предложить аналог с таким же фармакологическим действием. При отсутствии аналога пациент ставится на отсроченное обеспечение. Льготный рецепт регистрируется в контрольном журнале и возвращается больному. При появлении препарата аптеки обычно сообщают об этом пациенту. Если в аптеке отказываются регистрировать льготный рецепт, надо жаловаться в Управление здравоохранения (или в отдел лекарственного обеспечения) регионального Минздрава, на который возложены полномочия по лекарственному обеспечению всех категорий граждан.

Рецепт имеет «срок годности». Если рецепт просрочен, надо снова идти к врачу.

При отсутствии лекарства в «прикрепленной аптеке», больной имеет возможность получить его в другой аптеке в пределах одного муниципального образования по согласованию руководителей аптечных предприятий, или администрация лечебного учреждения возьмет на себя доставку необходимого лекарственного средства в свой аптечный пункт.

В аптеке по вашему требованию должны дать возможность ознакомиться с «Правилами отсроченного обслуживания». Если, например, согласно этим правилам вам должны предоставить требуемое лекарство в течение суток, а предлагают сделать это только через неделю, вы можете сообщить об этом в фармацевтическое управление регионального Минздрава по телефону, который есть в аптеке. Вам дадут рекомендацию по дальнейшим действиям.

Если педиатр не выписывает вашему ребенку рецепт на бесплатное получение необходимого лекарства и вы, за неимением времени, покупаете его на свои деньги, просите фармацевта выписать вам счет-фактуру на лекарство и не выбрасывайте чеки. Когда будете потом отстаивать свои права, это, вместе с медкартой ребенка, будут ваши «вещдоки».

В том случае, если вы получаете доход, с которого платите налоги, за самостоятельно приобретенные лекарства можно получить социальный налоговый вычет, обратившись в налоговую инспекцию. Хотя сумма вычета покрывает лишь 13% от суммы, тем не менее, пренебрегать этой возможностью не стоит.

Есть возможность купить нужное лекарство с последующим возмещением его стоимости, но это нужно обязательно согласовать со страховщиком. Можно получить компенсацию и в судебном порядке, если доказать, что приобретенные лекарства были вам необходимы и что они не были предоставлены по вине медицинской организации или аптеки в необходимые сроки. Важно сохранить чеки за приобретенные препараты.

КАК ПОЛУЧИТЬ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ?

Каждый год Минздрав утверждает план по числу пациентов, которым будет оказана высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) в федеральных специализированных медицинских учреждениях (ФСМУ). Это «плановое количество» называют квотами, которые распределяются по субъектам Федерации (республикам, краям и областям, городам федерального подчинения).

«Квота» — это определенное количество бесплатных «мест» для больных, нуждающихся в дорогостоящем лечении.

Медики стараются не употреблять слово «квота», они называют это «направлением на оказание высокотехнологичной помощи». Далее мы также будем называть «квоту» направлением.

Направление на ВМП выдается тем больным, кому требуется серьезное дорогостоящее лечение, не входящее в перечень медицинских услуг, оказываемых по полису ОМС. ВМП оплачивается из федерального бюджета.

В настоящее время установлен перечень из 131 наименования видов высокотехнологичной медицинской помощи по 20 профилям заболеваний. К ним относятся: хирургические вмешательства высокой степени сложности; операции на открытом сердце; трансплантация сердца, печени, почек; нейрохирургические вмешательства при опухолях головного мозга; лечение наследственных и системных заболеваний; лечение лейкозов, тяжелых форм эндокринной патологии; репродуктивные технологии и современные методы выхаживания детей первых дней жизни. Ознакомиться с Перечнем видов ВМП можно по ссылке: minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/0136.

Всего в России есть более 100 медицинских центров, которые по согласованию с Минздравом могут оказывать ВМП.

Чтобы получить направление на ВМП, надо иметь историю болезни с данными клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований, соответствующих профилю заболевания, причем не более чем месячной давности. С этими документами вам придется пройти довольно длинный путь.

1 шаг.

Собрать необходимые документы.

Чаще всего полное обследование не может быть проведено в районной поликлинике. В этом случае врач обязан направить вас в то медицинское учреждение, где имеется возможность провести углубленное исследование и уточнить диагноз. Как правило, придется обойти и получить заключение нескольких специалистов, в том числе главного специалиста по профилю вашего заболевания.

Нужно помнить, что сбор необходимых документов может занять достаточно длительное время, возможно, потребуется госпитализация для дообследования.

Далее ваш лечащий врач должен подготовить все документы — подробную выписку из истории болезни, результаты анализов, заключения специалистов, уточняющих диагноз. И этот пакет отправится в дальнюю дорогу.

2 шаг.

Пройти врачебную комиссию той медицинской организации, в которой вы лечитесь и наблюдаетесь. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом, который можно обжаловать.

3 шаг.

Пройти комиссию при органе управления здравоохранением региона, которая выдаст (или не выдаст) вам «талон-направление на ВМП». Название комиссии по регионам может различаться, например это может быть «комиссия по отбору и направлению жителей для оказания им ВМП».

В Комиссию надо приходить со всеми имеющимися документами, в том числе заключением главного специалиста по профилю вашего заболевания. Комиссия должна рассматривать документы с его участием.

Предположим, что решение Комиссии положительное. Получив талон, вы должны прибыть в лечебное учреждение, имея на руках оригиналы медицинских документов с результатами обследований. Талон может иметь электронную форму, что дела не меняет.

При необходимости можно получить также талон на бесплатный проезд к месту госпитализации.

Если вы рассчитываете попасть именно в федеральное специализированное медицинское учреждение (ФСМУ), в тот же «Бакулевский центр», а комиссия решила, что требуемая вам медицинская помощь может быть оказана в учреждениях здравоохранения, подведомственных данному территориальному органу управления здравоохранением, вы можете обратиться с жалобой в Росздравнадзор.

Пациент, получивший «талон на оказание ВМП», не должен оплачивать ничего: все необходимые затраты, в том числе и расходные материалы, одноразовый инструментарий, медикаменты, имплантаты и т.д., входят в объем финансирования. Если же вам предлагают за что-то доплатить, надо обращаться в Росздравнадзор или прокуратуру.

Если же в высокотехнологичной медицинской помощи вам отказано (при отсутствии показаний для госпитализации), то требуйте официальный письменный отказ, который потом можно обжаловать в Министерстве здравоохранения.

Сколько времени занимает весь процесс получения «талона-направления на ВМП»? Есть утвержденные нормативы: до 3 дней ваши документы рассматриваются во врачебной комиссии поликлиники, 10 дней в комиссии регионального управления и еще до 10 дней в клинике, куда вас планируют направить на лечение. Сроки не всегда соблюдаются. В зависимости от заболевания на все может уйти от нескольких дней до нескольких месяцев.

Путь к заветному «талону на оказание ВМП» в 2012 году детально прописан в Приказе Минздрава № 1689н, с которым можно ознакомиться на официальном сайте министерства. Этот приказ продублирован и конкретизирован практически в каждом регионе. Кроме того, есть еще целый ряд документов, которые также надо прочитать.

Рассмотрим эти документы на примере Москвы.

В Москве ВМП предоставляется на основе трех документов:

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 05.03.2012 № 150 «Об организации направления жителей города Москвы в учреждения здравоохранения, участвующие в оказании высокотехнологичной медицинской помощи».

«Порядок организации первичного отбора пациентов — жителей города Москвы для направления в учреждения здравоохранения, участвующие в оказании высокотехнологичной медицинской помощи».

«Положение комиссии Департамента здравоохранения города Москвы по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи».

Согласно этим документам, первичный отбор пациентов — жителей города Москвы для направления на ВМП осуществляется врачебной комиссией государственного учреждения здравоохранения города Москвы по месту жительства, наблюдения и (или) лечения пациента по представлению лечащим врачом следующих документов:

а) выписка из медицинской документации пациента, содержащая сведения о состоянии его здоровья, установленных диагнозах, проведенном обследовании и лечении, с рекомендацией о необходимости оказания ВМП и ее обоснованием;

б) результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследования по профилю заболевания пациента, подтверждающие диагноз (включая выписки из стационаров).

В случае принятия решения о направлении документов пациента в комиссию Департамента, формируется комплект, содержащий:

а) выписку из протокола заседания врачебной комиссии;

б) выписку из медицинской документации за подписью руководителя (заместителя руководителя) государственного учреждения здравоохранения, содержащую сведения о состоянии здоровья пациента, установленных диагнозах, проведенном обследовании и лечении;

в) результаты или заверенные врачебной комиссией копии результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследования по профилю заболевания пациента, подтверждающие диагноз;

г) письменное заявление пациента (законного представителя пациента) в комиссию Департамента здравоохранения города Москвы по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе согласие на обработку персональных данных, в соответствии с утвержденной формой (приложение 5 к настоящему приказу);

д) копии следующих документов:

— паспорт гражданина Российской Федерации с отметкой о постоянной регистрации в городе Москве;

— свидетельство о рождении пациента и паспорт одного из родителей (законного представителя пациента) — гражданина Российской Федерации с отметкой о постоянной регистрации в городе Москве (для детей до 14 лет);

— полис обязательного медицинского страхования пациента;

— свидетельство государственного пенсионного страхования пациента (при наличии);

— справка, подтверждающая наличие инвалидности (при наличии).

Пациент (законный представитель, доверенное лицо пациента) вправе самостоятельно представить этот комплект документов в комиссию Департамента.

В данном случае по письменному заявлению пациента (законного представителя, доверенного лица пациента) выписка из медицинской документации за подписью руководителя (заместителя руководителя) государственного учреждения здравоохранения и выписка из протокола заседания врачебной комиссии выдаются на руки, что регистрируется в журнале учета работы врачебной комиссии.

После получения решения комиссии Департамента врачебная комиссия обеспечивает:

— информирование пациента (законного представителя, доверенного лица пациента) о решении комиссии Департамента;

— мониторинг прохождения Талона на оказание ВМП с использованием электронного портала Минздравоохранения России (<http://talon.rosminzdrav.ru>);

— уведомление пациента о дате госпитализации, запланированной учреждением здравоохранения, участвующим в оказании ВМП;

— динамическое наблюдение за состоянием пациента, выписанного из медицинского учреждения после оказания ВМП.

Пациент (законный представитель, доверенное лицо пациента) вправе самостоятельно представить комплект документов в комиссию Департамента.

В данном случае по письменному заявлению пациента (законного представителя, доверенного лица пациента) выписка из медицинской документации за подписью руководителя (заместителя руководителя) государственного учреждения здравоохранения и выписка из протокола заседания врачебной комиссии выдаются на руки, что регистрируется в журнале учета работы врачебной комиссии.

Помочь сразу всем невозможно. На ВМП тоже существует лист ожидания. Другими словами, на сложную операцию может быть

очередь, и вас известят, когда подойдет ваша. Если же вам нужна экстренная помощь, направление на лечение будет выдано в срочном режиме. Для таких случаев предусмотрены финансовые резервы.

Тем не менее жалоб на то, что направлений нет, Москва не выделяет и т.д., очень много. Родственники больных начинают метаться в поисках денег и отодвигают в очереди тех, у кого денег нет.

Почему так получается? Заявки на объемы ВМП по каждому виду помощи подают регионы с указанием конкретного медучреждения. Если региональная заявка составлена с занижением потребности или если она удовлетворена в полном объеме, то направлений на всех может и не хватить. По некоторым клиникам количество поданных регионами заявок всегда выше, чем объемы помощи, которые они могут реально предложить. Например, потребность в онкологических клиниках в два раза выше, чем реальное число мест в таких больницах.

Чтобы не создавать длинную очередь, годовые объемы ВМП каждому региону распределяются по кварталам. По результатам квартала производится корректировка заявок.

Предположим, талон на сложную операцию в федеральном специализированном медицинском учреждении вам выдали. Однако и в этом случае стоит проявить инициативу и настойчивость. Необходимо заранее выяснить список лечебных учреждений, которые делают сложные операции по вашему заболеванию, и потом требовать направление в одно из них. Желательно также узнать, в какой клинике вашего города, вашего региона работает федеральная программа по оказанию ВМП по профилю заболевания. Туда попасть будет намного легче.

Вы можете самостоятельно собрать нужные документы, не полагаясь на лечащего врача, у которого и без того дел по горло. Знайте, что в том случае, если одна из комиссий сочтет предоставленные медицинские данные неполными, вас направят на дополнительные исследования и анализы. При этом некоторые из уже собранных документов будут устаревать. Вы должны иметь документальное

подтверждение диагноза заболевания (код диагноза по МКБ), текущего состояния здоровья, проведенной диагностики и лечения, результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований по профилю заболевания, подтверждающих установленный диагноз. Целесообразно заручиться рекомендациями специалистов, подтверждающих необходимость оказания ВМП. Чем больше, тем лучше.

После того как документы прошли врачебную комиссию поликлиники и «пошли» дальше, вам надо постоянно «надоедать» чиновникам из регионального управления здравоохранением: «что, где и как». Ждать все равно придется. Гарантии того, что при положительном решении вы получите направление именно в то лечебное учреждение, которое вы выбрали, также никакой нет. Но бороться надо!

Есть и другой путь: не обращаясь в комиссии, самостоятельно явиться с документами в выбранное ФСМУ. Иногда получается.

Марине К. при обращении к специалисту платного медицинского учреждения был поставлен диагноз «артроз коленного сустава» 3-й степени и рекомендована операция эндопротезирования (замены сустава). Профессор написал свое заключение, которое предложил представить в районную поликлинику и врачебную комиссию районного Департамента здравоохранения, пройти весь путь направления на бесплатную операцию, но не дожидаться квот, а сделать платную операцию. И уже после операции представить документы в страховую компанию, которая должна компенсировать затраты пациента на подобную медицинскую помощь в соответствии с законодательством.

Вы вправе обжаловать решения, принятые в ходе вашего направления в медицинское учреждение для оказания ВМП на любом этапе, а также действия (бездействие) органов, организаций, должностных и иных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

По телефону **Всероссийской бесплатной круглосуточной горячей линии для пациентов 8-800-100-0191** вы можете получить юри-

дическую консультацию по всем вопросам, связанным с получением медицинской помощи.

* * *

Для нормального формирования модели здравоохранения потребуется не один год. Европа шла к системе обязательного медицинского страхования полтора столетия. Однако в нашей стране «время не ждет». И чтобы ускорить процесс, нужны солидарные усилия граждан, готовых отстаивать свои права и интересы. Вместе мы сможем добиться того, чтобы гарантированная государством бесплатная медицинская помощь стала доступной и качественной для каждого нуждающегося в ней российского гражданина!

Массово-политическое издание

КАК ПОЛУЧИТЬ БЕСПЛАТНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Корректор *Е. Е. Баландюк*
Компьютерная верстка *В. В. Короткий*

Подписано в печать 27.08.2012
Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 2
Тираж 2000 экз.

Отпечатано в ООО «ПОЛИГРАФ»
Москва, ул. Героев-Панфиловцев, 24