



ПАМЯТКА ДЛЯ ГРАЖДАН

О гарантиях бесплатного оказания
медицинской помощи

ПАМЯТКА для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации все граждане Российской Федерации имеют право на получение бесплатной медицинской помощи. Ее объемы и виды определены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Основными государственными источниками финансирования Программы являются средства системы обязательного медицинского страхования и бюджетные средства.

На основе Программы субъекты Российской Федерации ежегодно утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

1. Какие виды медицинской помощи должны быть оказаны бесплатно?



В рамках Программы бесплатно предоставляются:

Первичная медико-санитарная помощь, включающая:

- первичную доврачебную помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием в поликлинике, дневном стационаре;
- первичную врачебную помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);
- первичную специализированную медицинскую помощь, которая оказывается врачами-специалистами.

Специализированная медицинская помощь, которая оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами (профилактика, диагностика и лечение заболеваний и состояний, в том числе в период беременности, родов и послеродовой период, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий).

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включающая применение новых, сложных, уникальных и ресурсоемких методов лечения. Все виды ВМП ежегодно утверждаются программой государственных гарантий.

Скорая медицинская помощь, которая оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. При необходимости осуществляется медицинская эвакуация.

Паллиативная помощь в стационарных условиях – для избавления от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных пациентов.

2. Какие основные бесплатные обследования и осмотры может пройти пациент?



Профилактические мероприятия:

- профилактические медицинские осмотры;
- диспансеризация;
- диспансерное наблюдение граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями.

Граждане от 18 до 39 лет имеют право на ежегодный профилактический медицинский осмотр и углубленные обследования – диспансеризацию – раз в 3 года. Начиная с 40 лет, граждане могут проходить диспансеризацию 1 раз в год.

Граждане проходят профилактические мероприятия бесплатно в медицинской организации, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь.

При наличии медицинских показаний пациенту положено бесплатное проведение:

- медицинской реабилитации;
- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);
- различных видов диализа;
- химиотерапии при злокачественных заболеваниях.

Кроме того, бесплатно проводятся:

- пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин;
- неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний у новорожденных детей;
- аудиологический скрининг у новорожденных детей и детей первого года жизни.

3. Каковы предельные сроки ожидания медицинской помощи?



Скорая медицинская помощь

20 минут (с момента вызова) – экстренная медицинская помощь. Оказывается при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Такую помощь медицинские работники обязаны оказать безотлагательно и бесплатно, вне зависимости от наличия полиса ОМС. ОТКАЗ В ЕЕ ОКАЗАНИИ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

2 часа (с момента вызова) – неотложная медицинская помощь. Оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний

без явных признаков угрозы жизни пациента. В этом случае пациент обязан предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью. Однако, если у пациента есть полис ОМС, но предъявить его по объективным причинам в данную минуту он не может, полис может быть предъявлен позднее.

Первичная медико-санитарная помощь (предоставляется в поликлинике)



24 часа – срок ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме врачами-терапевтами, участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами с момента обращения в медицинскую организацию.

14 рабочих дней – срок проведения консультаций в плановой форме врачей-специалистов со дня получения направления от врача-терапевта, участкового, врача общей практики (семейного врача), врача педиатра. Если по каким-то объективным причинам консультация врачей-специалистов в данной медицинской организации невозможна, пациенту будет предоставлено направление в другую медицинскую организацию для получения соответствующей консультации врача-специалиста.

Специализированная медицинская помощь (предоставляется в стационаре)



14 рабочих дней (со дня выдачи направления на госпитализацию) – срок ожидания оказания плановой специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи.

7 рабочих дней (с момента установления диагноза заболевания) – срок ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи **для пациентов с онкологическими заболеваниями.**

Исследования



14 рабочих дней (со дня назначения) – срок проведения диагностических инструментальных (рентгенографических исследований, маммографии, функциональной диагностики, ультразвукового исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, а также установки диагноза онкологического заболевания.

14 рабочих дней (со дня назначения) – срок проведения КТ (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), МРТ и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи.

7 рабочих дней (со дня назначения) – срок проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкологическое заболевание.

Если по каким-либо причинам пройти обследование в конкретной медицинской организации не предоставляется возможным, то лечащий врач должен выдать направление в другую медицинскую организацию с соблюдением сроков предоставления услуги.

4. За что пациент не должен платить?



В соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан при оказании медицинской помощи в рамках Программы и территориальных программ не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

- оказание медицинских услуг;
- назначение и применение в стационарных условиях, в условиях дневного стационара лекарственных препаратов по медицинским показаниям:
 - а) включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
 - б) не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;
 - назначение и применение в амбулаторно-поликлинических условиях лекарственных препаратов по медицинским показаниям при оказании помощи в экстренной или неотложной форме;
 - назначение и применение медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания по медицинским показаниям;
 - размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям;
 - создание условий пребывания в стационаре, включая предоставление спального места и питания, одному из родителей (иному члену семьи, законному представителю) при совместном нахождении в стационарных условиях с ребенком, не достигшим возраста 4 лет, а с ребенком старше 4 лет – при наличии медицинских показаний;
 - транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в случае необходимости проведения ему диагностических исследований при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь;
 - медицинская деятельность, связанная с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации, включающая проведение мероприятий по медобследованию донора, обеспечение сохранности донорских органов и тканей до их изъятия у донора, изъятие донорских органов и тканей, хранение и транспортировку донорских органов и тканей;
 - транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, утилизация биологического материала.

Замещение бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами НЕДОПУСТИМО!

5. Что можно отнести к нарушениям прав граждан на получение бесплатной помощи?



Нарушениями прав гражданина на получение бесплатной медицинской помощи считаются:

- взимание медицинским персоналом денежных средств за оказание медицинской помощи, предусмотренной Программой государственных гарантий;
- взимание денежных средств за предоставление медицинских услуг, на осуществление которых у медицинской организации не имеется соответствующего разрешения;
- взимание денежных средств за выдачу направлений на лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств;
- приобретение за счет средств пациентов лекарственных средств и медицинских изделий из утвержденного территориальной программой государственных гарантий перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и медицинских изделий при лечении в стационаре или в условиях дневного стационара;
- несоблюдение сроков предоставления медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой форме, установленных Программой государственных гарантий.

6. Что должен знать пациент о платных медицинских услугах?



Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме медицинской помощи, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств.

Медицинские организации имеют право оказывать платные медицинские услуги:

- **на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий**, – индивидуальный пост; медицинские изделия и питание, не предусмотренные стандартами; лекарства, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших (исключение – жизненные показания или замена из-за индивидуальной непереносимости);
- **при оказании медицинских услуг анонимно**, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- **гражданам иностранных государств, лицам без гражданства**, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

– при выдаче справок, за которые взимается плата в соответствии с законодательством (справки для ГИБДД, учебы, разрешения на ношение оружия, медосмотры при устройстве на работу и т.п.);

– при консультации «узких» специалистов и проведении диагностики без направления врача по желанию пациента (исключение – оказание скорой помощи, неотложной или экстренной медицинской помощи).

Во всех остальных случаях медицинская помощь должна быть оказана бесплатно!

Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках Программы и территориальных программ.

На оказание платных медицинских услуг должен заключаться **ДОГОВОР**.

Внимательно читайте договор перед подписанием!

7. Куда обратиться, если права нарушены?

По вопросам бесплатного оказания медицинской помощи и в случае нарушения прав граждан на ее предоставление, разрешения конфликтных ситуаций, в том числе при отказах в предоставлении медицинской помощи, взимания денежных средств за её оказание, следует обращаться в:

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



8. Что следует знать о страховых представителях страховых медицинских организаций?



Страховой представитель – это сотрудник страховой медицинской организации, прошедший специальное обучение, представляющий Ваши интересы и обеспечивающий Ваше индивидуальное сопровождение при оказании медицинской помощи, предусмотренной законодательством.

Страховой представитель:

- предоставляет Вам 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 Вас о необходимости прохождения диспансеризации и опрашивает по результатам ее прохождения;
- консультирует Вас по вопросам оказания медицинской помощи;
- сообщает об условиях оказания медицинской помощи и наличии свободных мест для госпитализации в плановом порядке;
- помогает Вам подобрать медицинскую организацию, в том числе оказывающую специализированную медицинскую помощь;
- контролирует прохождение Вами диспансеризации;
- организует рассмотрение жалоб застрахованных граждан на качество и доступность оказания медицинской помощи.

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

- отказе в записи на приём 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 Вам предложено оплатить те медицинские услуги, которые по медицинским показаниям назначил Ваш лечащий врач. Если Вы уже заплатили за медицинские услуги, обязательно сохраните кассовый, товарный чеки и обратитесь в страховую медицинскую организацию, где Вам помогут установить правомерность взимания денежных средств, а при неправомерности – организовать их возмещение;
- иных случаях, когда Вы считаете, что Ваши права нарушаются.



По любым спорным вопросам пациент может получить консультацию по телефону «горячей линии» его страховой компании:

- ❖ 8-800-600-24-27 – ООО «Ингосстрах-М»
- ❖ 8-800-333-88-03 – АО «МАКС-М»
- ❖ 8-800-222-11-26 – ООО «Капитал МС»
- ❖ 8-800-100-07-02 – АО «СК «СОГАЗ-Мед»

Телефон контакт-центра ТФОМС

Оренбургской области:

8-800-100-56-03

(звонок бесплатный)

Будьте здоровы!



**Телефон контакт-центра Территориального фонда
обязательного медицинского страхования:**

8-800-100-56-03

www.orenfoms.ru