

ПАМЯТКА для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ПАМЯТКА для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи

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), ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации, 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 (далее - территориальные программы).

1. Какие виды медицинской помощи Вам оказываются бесплатно

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

1. Первичная медико-санитарная помощь, включающая:

- первичную доврачебную помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара;
- 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.

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

3. Высокотехнологичная медицинская помощь с применением новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники.

С перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения, Вы можете ознакомиться в приложении к Программе.

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

Для избавления от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных пациентов гражданам предоставляется паллиативная медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно

Гражданам медицинская помощь оказывается бесплатно при следующих заболеваниях 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;
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.

Вышеуказанные виды медицинской помощи включают бесплатное проведение:

- медицинской реабилитации;
- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);
- различных видов диализа;
- химиотерапии при злокачественных заболеваниях;
- профилактических мероприятий, включая:
 - профилактические медицинские осмотры, в том числе детей, работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме, в связи с занятиями физической культурой и спортом;

диспансеризацию, в том числе пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью. Граждане проходят диспансеризацию бесплатно в медицинской организации.

- диспансерное наблюдение граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями.

Кроме того Программой гарантируется проведение:

- пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин;
- неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний у новорожденных детей;

- аудиологического скрининга у новорожденных детей и детей первого года жизни. Граждане обеспечиваются лекарственными препаратами в соответствии с Программой*.

2. Каковы предельные сроки ожидания Вами медицинской помощи

Медицинская помощь оказывается гражданам в трех формах - плановая, неотложная и экстренная.

Экстренная форма предусматривает оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. При этом медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

Неотложная форма предусматривает оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Плановая форма предусматривает оказание медицинской помощи при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

В зависимости от этих форм Правительством Российской Федерации устанавливаются предельные сроки ожидания медицинской помощи.

Так, сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Сроки ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме для:

- приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами и участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию, а для пациентов с подозрением на онкологическое заболевание – 3 рабочих дней со дня назначения;;
- проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения, а для пациентов с подозрением на онкологическое заболевание – 7 рабочих дней со дня назначения;;
- проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 рабочих дней, а для пациентов с подозрением на онкологическое заболевание – 7 рабочих дней со дня назначения;
- специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями - 7 рабочих дней с момента установления диагноза заболевания.

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова. При этом в территориальных программах время доезда бригад скорой медицинской помощи может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

3. За что Вы не должны 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, при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме 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 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;
- для детей в возрасте до четырех лет создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации, а для ребенка старше указанного возраста - 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.

4. Куда обращаться по возникающим вопросам и при нарушении Ваших прав на бесплатную медицинскую помощь

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, включая страхового представителя, - 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.

5. Что Вам 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 чек, товарные 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.

Приказом Федерального фонда ОМС от 11.05.2016 г. №88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» с 1 июля 2016 года в России введен институт страховых представителей (штатные сотрудники СМО). Всего действует три уровня страховых представителей. Первый уровень - работники call-центров, которые дают консультации по получению медицинских услуг. На представителей второго уровня возложена работа по информированию застрахованных лиц и их информационному сопровождению при получении медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, а также защиты их прав и законных интересов в сфере ОМС. Страховые представители третьего уровня - это квалифицированные эксперты, которые проводят экспертизу качества лечения и определяют, были ли нарушены права пациента или нет, в случае поступившей от пациента жалобы - принимают меры к ее устранению.

В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, вступившими в силу 28 мая 2019 года (Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об

утверждении Правил обязательного медицинского страхования») **усилена роль страховых медицинских организаций по работе с населением.**

СМО осуществляет **информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи** и обеспечивает информирование застрахованных лиц о:

- 1) медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;
- 2) праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;
- 3) порядке получения полиса;
- 4) видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ;
- 5) прохождении, в том числе в вечерние часы и в субботу, профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, а также о возможности дистанционной записи на медицинские исследования;
- 6) прохождении диспансерного наблюдения застрахованными лицами, поставленными на диспансерный учет, в том числе онкологическими больными;
- 7) перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании принятых от медицинских организаций реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);
- 8) выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц).

Страховые представители не только напоминают о прохождении диспансеризации, но и выясняют причины, по которым диспансеризация не пройдена, осуществляют организацию повторного информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий.

СМО выбирает способ информирования застрахованных лиц: через сервис мобильных сообщений, почтовым отправлением, по телефону. Если же пациент не явился на профилактический осмотр, в том числе в рамках диспансеризации, то страховой представитель может проинформировать его еще раз и связаться с ним для выяснения причин.

Помимо этого, СМО контролируют оказание медицинской помощи и информируют о необходимости постановки на диспансерный учет и назначенном лечении в случае наличия онкологических, сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний.

Особенно пристальное внимание уделено **сопровождению пациентов с онкологическими заболеваниями.** В новых правилах появилась норма о формировании страховыми медицинскими организациями на информационном портале территориальных фондов ОМС истории страховых случаев пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или с подтвержденными ЗНО. Таким образом, создаётся интегрированная база информационных данных для быстрой оценки места и времени нахождения пациента на этапах диагностики и лечения. Это даст возможность СМО оперативно восстанавливать нарушенные права пациентов, а также контролировать ход лечения.

С 1 января 2019 года страховые представители III уровня осуществляют контроль качества медицинской помощи, предоставляемой пациентам со злокачественными новообразованиями.

В их функции входят:

- контроль своевременности оказания медицинской помощи с момента подозрения и диагностики злокачественного новообразования до момента предоставления специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи, а также при проведении диспансерного наблюдения и в случаях обострения онкологического заболевания;

- контроль соответствия стадии онкологического заболевания выбранному медицинской организацией методу лечения;

- контроль степени достижения запланированного результата при проведении химиотерапии (в том числе, дорогостоящими таргетными препаратами);

- индивидуальное информационное сопровождение застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями.

Коммуникация между пациентами лечебных учреждений и представителями страховых медицинских организаций выстроена через call-центры страховых медицинских организаций.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июня 2016 г. N 423н регламентирует Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Когда гражданам, их родственникам и близким следует обращаться к страховому представителю:

- отказали в бесплатной госпитализации при наличии направления или в экстренной ситуации;

- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) или принести лекарственные средства и/или расходные материалы, необходимые для лечения;

- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) какие-либо медицинские услуги;

- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) диагностические исследования и анализы, которые могут быть выполнены только вне стационара, где гражданин проходит лечение;

- предлагают подписать согласие на отказ от предоставления бесплатной медицинской помощи в пользу платной;

- предлагают оплатить (оплата уже была произведена) транспортировку в другое медицинское учреждение для консультации или для перевода на лечение в иное медицинское учреждение;

- при ознакомлении с медицинской документацией у пациента возникли вопросы, которые не разъяснены лечащим врачом;

- гражданину отказывают в ознакомлении с медицинской документацией, в выдаче ее копий;

- перед медицинским вмешательством у гражданина не получено письменное добровольное информированное согласие;

- у гражданина возникли претензии к действиям медицинского и иного персонала;

- у гражданина возникли иные вопросы по порядку и условиям получения бесплатной медицинской помощи.

Страховой представитель обязан не только разобраться в вопросах и проблемах пациентов, но и принять активное участие в их разрешении.

**ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПО ВОПРОСАМ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

8-800-200-26-60

Будьте здоровы!

