



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО
АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

по полису
обязательного
медицинского страхования (ОМС)

1 ЧТО ТАКОЕ ОМС?

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – это вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи.

Какие документы регламентируют обязательное медицинское страхование¹?

1. Конституция РФ, принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.
2. Федеральный закон № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
3. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемая Постановлением Правительства РФ (Базовая программа государственных гарантий).
5. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, ежегодно утверждаемая Постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (Территориальная программа государственных гарантий).
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 158н от 28 февраля 2011 г. «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».
8. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

¹ Подробно ознакомиться с данными документами, поправками к ним, изменениями в законодательстве можно на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры www.ofoms.ru в разделе «Участникам ОМС – Документы».

2

КТО МОЖЕТ БЫТЬ ЗАСТРАХОВАН ПО ОМС?

Застрахованными в системе обязательного медицинского страхования лицами являются граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах» (ст. 10 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Застрахованными по ОМС не являются военнослужащие и приравненные к ним в организации оказания медицинской помощи лица.

Застрахованным в системе обязательного медицинского страхования лицам выдается полис обязательного медицинского страхования.



3

КАК ПОЛУЧИТЬ ПОЛИС ОМС?

В соответствии с п.п. 6-9 Правил обязательного медицинского страхования для получения полиса ОМС необходимо лично или через своего представителя обратиться в выбранную страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе или замене страховой медицинской организации с приложением следующих документов или их заверенных копий, необходимых для регистрации в качестве застрахованного лица:

Категория граждан	Предоставляемые документы
Дети с момента рождения до дня государственной регистрации	Обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители.
Дети после дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия, являющиеся гражданами РФ	1. Свидетельство о рождении; 2. документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; 3. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) при наличии.

Граждане РФ в возрасте 14 лет и старше	1. Документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта); 2. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) при наличии.
Лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»	1. Удостоверение беженца, 2. или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, 3. или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, 4. или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ.
Иностранные граждане, постоянно проживающие в РФ	1. Паспорт иностранного гражданина или иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; 2. вид на жительство; 3. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) при наличии.
Лица без гражданства, постоянно проживающие в РФ	1. Документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; 2. вид на жительство; 3. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) при наличии
Иностранные граждане, временно проживающие в РФ	1. Паспорт иностранного гражданина или иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ; 2. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) при наличии.
Лица без гражданства, временно проживающие в РФ	1. Документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ 2. или документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего личность; 3. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) при наличии.
Для представителя застрахованного лица	1. Документ, удостоверяющий личность; доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со статьей 185 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации.
Для законного представителя застрахованного лица	1. Документ, удостоверяющий личность, 2. и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя.

4 ГДЕ ДЕЙСТВУЕТ ПОЛИС ОМС?

Полис ОМС действует на всей территории России. Если, находясь в другом регионе, вы сталкиваетесь с препятствиями в получении бесплатной медицинской помощи по полису ОМС, сразу же обращайтесь на горячую линию местного территориального фонда ОМС. Информацию о территориальных фондах ОМС всех регионов России можно узнать на официальном сайте Федерального Фонда обязательного медицинского страхования (www.ffoms.ru), а также обратившись на горячую линию ТФОМС Югры 8-800-100-86-02.



5 ГДЕ МОЖНО ЛЕЧИТЬСЯ БЕСПЛАТНО ПО ПОЛИСУ ОМС НА ТЕРРИТОРИИ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ?

В медицинских организациях, которые включены в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Полный перечень медицинских организаций, работающих в ОМС, размещен на сайте ТФОМС Югры www.ofoms.ru в разделе «Гражданам – Медицинские организации» (ст. 15 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), а также в Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ, проживающим на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ МОЖЕТ БЫТЬ ОКАЗАНА ЗА СЧЕТ ЛИЧНЫХ СРЕДСТВ ГРАЖДАН?

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», **медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:**

а) **на иных условиях**, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

применение **лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых** и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг **анонимно**, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) **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;

г) **при самостоятельном обращении** за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Таким образом, платно, за счет личных средств граждан, могут быть оказаны следующие медицинские услуги:

1. Медицинские осмотры:

- для получения водительских прав, выездной визы, вида на жительство;
- для оформления гражданства;
- на право приобретения и хранения огнестрельного оружия;
- для поступления в учебные заведения лиц старше 18 лет;
- для получения справки в дом отдыха, пансионат, профилакторий;

- для допуска к занятиям физкультурой и спортом, за исключением детей, подростков, учащихся, пенсионеров и инвалидов.
- 2. Все виды медицинского обследования, освидетельствования, консультаций, экспертиз и лечения, проводимые **по инициативе больного** или его родственников, **при отсутствии медицинских показаний**.
- 3. Плановое обследование по медицинским показаниям вне очереди по инициативе пациента или его родственников при наличии очередности на данный вид обследования.
- 4. Проведение **зубного протезирования**, за исключением лиц, которым оно предусмотрено соответствующим законодательством Российской Федерации и/или ХМАО-Югры.
- 5. Оказание медицинской помощи в медицинских организациях **частной формы собственности, не участвующих** в реализации Территориальной программы ОМС.
- 6. Оказание плановой медицинской помощи **незастрахованным по ОМС** гражданам.

7 КОГДА НАДО МЕНЯТЬ ПОЛИС?

Если у вас есть действующий страховой медицинский полис, то менять его нужно только в следующих случаях:

- в случае изменения фамилии, имени, отчества, пола, паспортных данных застрахованного;
- если в вашем полисе допущены ошибки, неточности, опечатки;
- при потере полиса или в случае, если документ стал ветхим;
- застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении данных документа, удостоверяющего личность: фамилии, имени, отчества, места жительства — в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

В случае отсутствия по новому месту жительства страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, необходимо осуществить выбор СМО по новому месту жительства в течение одного месяца (на полисе единого образца страховая компания в день обращения внесет свои данные и поставит печать).

Важно знать! Проверить действительность полиса ОМС Вы можете на сайте ТФОМС Югры www.ofoms.ru в разделе «Гражданам — Проверка полиса ОМС».

8

КОГДА НЕ НАДО МЕНЯТЬ ПОЛИС?

- При смене места работы. Работодатель не имеет права изымать полис сотрудника при его увольнении.
- При изменении статуса (увольнении, выходе на пенсию или трудоустройстве).

9

КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО ПО ПОЛИСУ ОМС?

Населению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ, проживающим на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, медицинской помощи бесплатно предоставляются:

1. Амбулаторная медицинская помощь в городских поликлиниках, женских консультациях, консультативно-диагностических центрах, амбулаторно-консультативных отделениях стационаров, кожно-венерологических диспансерах, стоматологических поликлиниках, включая:
 - посещения участковых врачей, в том числе на дому;
 - консультации врачей-специалистов и диагностические исследования (при наличии направления лечащего врача);
 - диспансеризация и профилактическая помощь.
2. Стационарная медицинская помощь.
3. Скорая медицинская помощь.
4. Медицинская реабилитация, в том числе стационарное лечение.
5. Применение вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение).
6. Высокотехнологичная медицинская помощь.
7. Паллиативная медицинская помощь.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- **экстренная** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- **неотложная** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- **плановая** – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Согласно ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», застрахованные лица имеют право на:

1. 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.
2. Выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.
3. 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.
4. Выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с законодательством Российской Федерации.
5. Выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6. Получение от страховой медицинской организации, территориального фонда и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи.
7. Защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.
8. 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.
9. 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.
10. Защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

Согласно ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», застрахованные лица обязаны:

1. Предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.
2. Подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.
3. Уведомить страховую медицинскую организацию об изменении данных документа, удостоверяющего личность: Фамилии, имени, отчества, места жительства — в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
4. 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.

ПОРЯДОК ВЫБОРА ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

По полису ОМС гражданин получает амбулаторную медицинскую помощь в поликлинике по месту жительства. Гражданин может поменять свою поликлинику (выбрать другую) один раз в год или чаще – при изменении места жительства. Для этого ему необходимо обратиться с заявлением о прикреплении к выбранной им поликлинике на имя главного врача. Гражданину не вправе отказать в прикреплении к выбранной им поликлинике по месту его фактического проживания (работы, учебы).

В случае необходимости амбулаторная медицинская помощь оказывается гражданину врачами поликлиники на дому. В поликлинике гражданин имеет право выбирать не чаще чем один раз в год терапевта, педиатра, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера. Для этого необходимо написать заявление на имя главного врача и получить согласие специалиста (ст. 21 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»).

Если вы решили сменить лечащего врача, рекомендуем придерживаться следующего алгоритма.

Шаг 1. Подготовьте заявление и представьте его в поликлинику.

Заявление составляется в письменной произвольной форме на имя руководителя поликлиники или ее подразделения (при оказании специализированной медицинской помощи – на имя руководителя соответствующего подразделения медицинской организации), в нем указываются причины замены лечащего врача (п.п. 2, 5 Порядка, утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 г. № 407н).

Шаг 2. Дождитесь получения информации о врачах, за которыми вас могут закрепить.

Руководитель медицинской организации (ее подразделения) в течение трех рабочих дней со дня получения заявления должен проинформировать вас или вашего представителя в письменной или устной форме (по почте, телефону, электронной почте) о врачах соответствующей специальности и сроках оказания медицинской помощи этими врачами (п. 3 Порядка).

Шаг 3. Выберите врача.

После получения информации выберите лечащего врача (п. 4 Порядка).

Учтите, что возложить на выбранного врача функции лечащего врача можно только с учетом его согласия (п. 1 ст. 70 Закона № 323-ФЗ; п. 8 Порядка).

Важно знать! При выборе врача вы имеете право получать информацию в доступной форме, в том числе размещенную в сети Интернет, о врачах, об уровне их образования и квалификации (п. 7 ст. 21 Закона № 323-ФЗ).

Важно знать! Реализуя право получения первичной медико-санитарной помощи в медицинской организации и у врача, не обслуживающих территорию (участок) проживания, гражданин ограничивается в праве обслуживания на дому, о чем дает письменное информированное согласие.

13

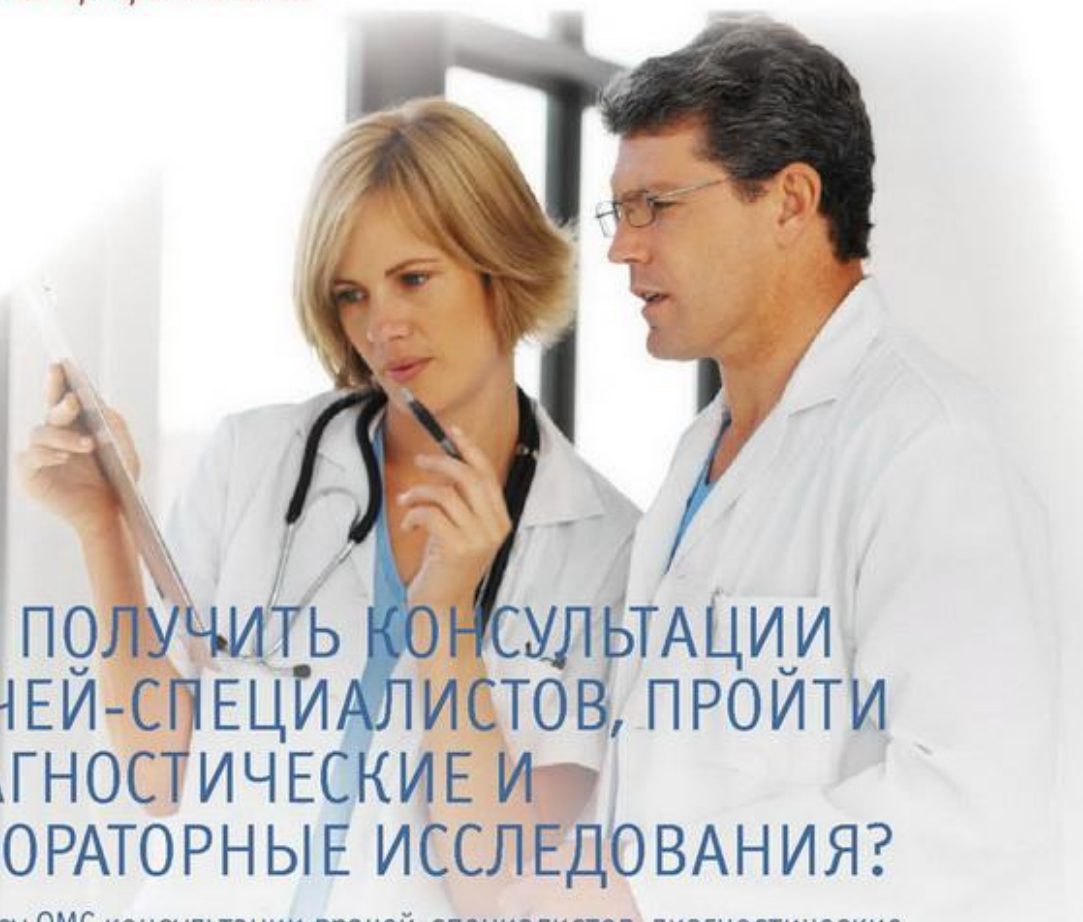
В КАКИЕ СРОКИ ДОЛЖНА БЫТЬ ОКАЗАНА МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ?

В рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, медицинской помощи, медицинская помощь должна быть оказана в следующие сроки:

- незамедлительно осуществляются осмотр пациента и лечебные мероприятия медицинским работником, к которому обратился гражданин, при состоянии здоровья, требующем оказания экстренной медицинской помощи;
- в течение 2 часов с момента обращения должна быть оказана первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме;
- не более 10 рабочих дней с момента обращения составляет срок ожидания приема врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме;

- не более 10 рабочих дней с момента обращения за проведением диагностических исследований – проведение диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме;
- не более 30 рабочих дней с момента обращения – проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме;
- не более 30 рабочих дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки) – оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме.

Важно знать! Если медицинская организация не может предоставить гражданину необходимую плановую медицинскую помощь в вышеуказанные сроки, то она обязана направить его в другую медицинскую организацию, включенную в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.



КАК ПОЛУЧИТЬ КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ, ПРОЙТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ?

По полису ОМС консультации врачей-специалистов, диагностические и лабораторные исследования, а также лечение в дневном стационаре осуществляются бесплатно по направлению лечащего врача. Лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту квалифицированного обследования и лечения.

14

15

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ?

Плановая госпитализация осуществляется по направлению лечащего врача поликлиники или врача-специалиста. Лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации и о том, какие стационары оказывают медицинскую помощь по соответствующему профилю.

Экстренная госпитализация осуществляется скорой медицинской помощью и при самостоятельном обращении гражданина по экстренным показаниям (при состоянии, угрожающем жизни).

16

КАКОВЫ УСЛОВИЯ РАЗМЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРАХ?

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях размещение пациентов производится в палаты от 2 и более мест.

При оказании ребенку медицинской помощи в стационарных условиях до достижения им возраста четырех лет либо ребенку-инвалиду одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации, включая предоставление койко-места и питания, а с ребенком старше четырех лет – при наличии медицинских показаний. В этих случаях плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление койко-места и питания, не взимается.

По медицинским или эпидемиологическим показаниям размещение в маломестных палатах (боксах) (не более 2 мест) пациентов также не подлежит оплате за счет их личных средств.

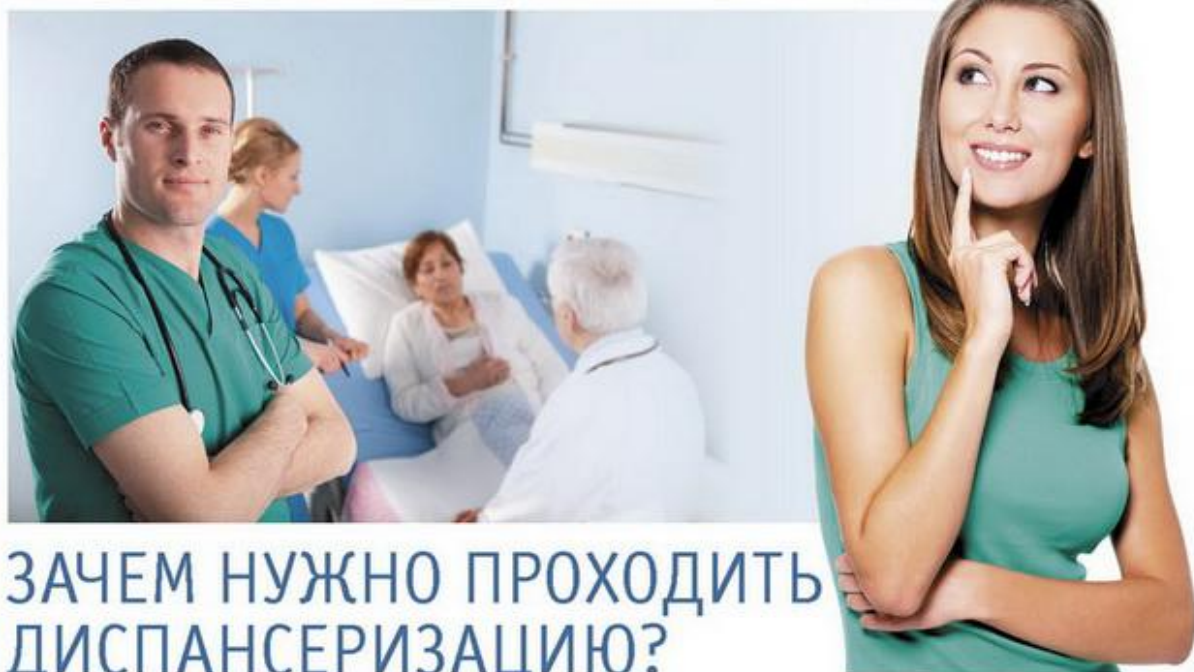
17

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В рамках территориальной программы государственных гарантий, при оказании медицинской помощи пациенты бесплатно обеспечиваются лекарственными препаратами, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и медицинскими изделиями по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи в следующих случаях:

- при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях в экстренной и неотложной форме;
- первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневного стационара;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях;
- паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях.

Если пациенту предлагают приобрести за счет личных средств лекарства, расходные материалы, изделия медицинского назначения, необходимо срочно обратиться за разъяснениями к руководству медицинской организации или в свою страховую компанию.



18

ЗАЧЕМ НУЖНО ПРОХОДИТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ?

Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан с целью:

1. Раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, основных факторов риска их развития, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.
2. Определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих заболевания (состояния) или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан.
3. Проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.
4. Определения группы диспансерного наблюдения граждан, с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

КТО ПОДЛЕЖИТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ГДЕ ЕЕ МОЖНО ПРОЙТИ?

Пройти диспансеризацию может каждый застрахованный по ОМС человек раз в три года в возрасте 21, 24, 27, 30, 33 и т. д. лет. Диспансеризация проводится бесплатно по полису ОМС.

Граждане проходят диспансеризацию в медицинской организации по месту жительства, работы, учебы или выбору гражданина, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь (в поликлинике, в центре (отделении) общей врачебной практики (семейной медицины), во врачебной амбулатории, медсанчасти и др.).

Ваш участковый врач (фельдшер) или участковая медицинская сестра, или сотрудник регистратуры подробно расскажут Вам, где, когда и как можно пройти диспансеризацию, согласуют с Вами ориентировочную дату прохождения диспансеризации.

ВАША СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ – ЗАЩИТНИК ВАШИХ ПРАВ!

Страховая компания работает для защиты интересов застрахованных граждан, содействия в оказании им необходимой медицинской помощи, контроля ее объемов, сроков, качества и условий предоставления.

Страховая компания из средств ОМС оплачивает медицинскую помощь, которая предоставляется пациенту бесплатно по полису ОМС.

В страховых компаниях работают опытные специалисты, которые смогут проконсультировать о Ваших правах и возможностях в ОМС, проинформировать о сроках и объемах медицинской помощи, на которые Вы вправе рассчитывать по закону в каждом конкретном случае, разъяснят, какими технологиями и возможностями для Вашего лечения располагают те или иные медицинские организации.

Контактные данные страховой медицинской организации, обязанной отстаивать Ваши интересы в ОМС, указаны в Вашем полисе ОМС. Своевременное обращение в страховую медицинскую организацию в случае возникновения вопросов и препятствий при получении медицинской помощи по полису ОМС является существенным условием получения Вами бесплатной, своевременной и качественной медицинской помощи.

Важно знать! Если вы не удовлетворены тем, как страховая медицинская организация принимает меры по защите Ваших интересов, ее можно заменить. Это можно сделать один раз в год до 1 ноября, обратившись в пункт выдачи полисов вновь выбранной страховой компании (контактные данные страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, а также адреса пунктов выдачи полисов можно найти на сайте www.ofoms.ru в разделе «Гражданам – Полисы – Пункты выдачи полисов»).



КУДА ОБРАЩАТЬСЯ ЗА ЗАЩИТОЙ СВОИХ ПРАВ?

21 При возникновении спорных и конфликтных ситуаций при оказании Вам, Вашим родственникам или подопечным медицинской помощи обращайтесь в первую очередь к **заведующему отделением, главному врачу либо его заместителям**. Если на уровне медицинской организации Вам не удастся решить возникшие проблемы

Список организаций для обращений граждан в спорных ситуациях при оказании медицинской помощи

1. Страховая медицинская организация, в которой Вы застрахованы, поможет при решении вопросов:

- выдачи полисов обязательного медицинского страхования, смены страховой медицинской организации;
- качества оказания медицинской помощи (соблюдения утвержденных стандартов и порядков), в том числе сроков предоставления плановой медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий;
- организации оказания медицинской помощи (доступности, очередности), несоблюдения деонтологических норм (некорректного поведения) медицинским персоналом,
- незаконного взимания денежных средств за оказание медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой государственных гарантий.

На территории автономного округа осуществляют свою деятельность 3 страховые медицинские организации:

Наименование	Официальный сайт	Телефон горячей линии
ОАО СМК «Югория-Мед»	www.u-med.ru	8-800-100-86-06
Югорский филиал ОАО СК «СОГАЗ-Мед»	www.sogaz-med.ru	8-800-100-07-02
Филиал ЗАО «Капитал Медицинское страхование»	www.kms-oms.ru	8-800-100-81-01

2. В Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (ТФОМС Югры) следует обращаться по вопросам:

- защиты прав граждан, застрахованных за пределами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;
- претензий к работе страховых медицинских организаций.

Телефон горячей линии 8-800-100-86-02.

3. В Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры:

- по вопросам организации оказания медицинской помощи (доступности, очередности), несоблюдения деонтологических норм (некорректного поведения) медицинского персонала, – **8-800-101-12-12;**
- по вопросам лекарственного обеспечения, в том числе льготного лекарственного обеспечения, незаконного взимания денежных средств за выдачу рецептов на отпуск лекарственных средств, – тел. **8 (3462) 32-65-02;**
- по вопросам работы электронной записи на прием к врачу через Интернет – **8 (3467) 318-438.**

4. В Территориальный орган Росздравнадзора по ХМАО–Югре и ЯНАО:

- по вопросам качества оказания медицинской помощи (соблюдения утвержденных стандартов и порядков) – тел. **8(3467) 35-65-73.**

5. В Здравнадзор Югры:

- по вопросам соблюдения лицензионных требований и условий при оказании медицинской помощи (отсутствие или несоответствие лицензии и приложений к лицензии, соответствие профессиональной подготовки медицинского персонала и т.д.), тел. **8 (3467) 33-37-41.**