



# ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ



# 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).

## 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 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;
- 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;

- 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;
- 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.**

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 на 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, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь. Большинство мероприятий в рамках диспансеризации проводятся 1 раз в 3 года за исключением маммографии для женщин в возрасте от 51 до 69 лет и исследования кала на скрытую кровь для граждан от 49 до 73 лет, которые проводятся 1 раз в 2 года;

- 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.

## **Предельные сроки ожидания медицинской помощи**

Медицинская помощь оказывается гражданам в трех формах — плановой, неотложной и экстренной.

**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, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшения состояния пациента, угрозы 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 участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- проведения консультаций врачей-специалистов не должны

превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

- проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных 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 30 календарных дней, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – 14 календарных дней со дня назначения;
- специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – 14 календарных 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.

# О ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

---

В соответствии с законодательством Российской Федерации граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

При этом платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме медицинской помощи, либо по просьбе Застрахованного в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств.

**Медицинские организации, участвующие в реализации Программы и территориальных программ, имеют право оказывать платные медицинские услуги:**

- на иных условиях, чем предусмотрено Программой, территориальными программами и/или целевыми программами;
- 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 самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением:
  - самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, выбранную им не чаще одного раза в год (за исключением изменения места жительства или места пребывания);
  - оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при самостоятельном обращении гражданина в медицинскую организацию;

- направления на предоставление медицинских услуг врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-специалистом, фельдшером, а также оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи по направлению лечащего врача;
- иных случаев, предусмотренных законодательством в сфере охраны здоровья.

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.

# 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 ее 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;
- в территориальный орган управления здравоохранением и территориальный орган Росздравнадзора, территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
- в общественные советы (организации) по защите прав пациентов при органе государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и при территориальном органе Росздравнадзора;
- в профессиональные некоммерческие медицинские и пациентские организации;
- в федеральные органы власти и организации, включая Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Росздравнадзор и прочие.

# ЧТО СЛЕДУЕТ ЗНАТЬ О СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЯХ

---

Страховой представитель — это сотрудник СМО, прошедший специальное обучение, представляющий интересы Застрахованного и обеспечивающий его индивидуальное сопровождение при оказании медицинской помощи, предусмотренной законодательством.

Страховой представитель:

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

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

- отказе в записи на прием 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 Застрахованному предложено оплатить те медицинские услуги, которые по медицинским показаниям назначил лечащий врач. Если Застрахованный уже оплатил медицинские услуги, обязательно нужно сохранить кассовый чек, товарные чеки и обратиться в страховую медицинскую организацию, где помогут установить правомерность взимания денежных средств, а при неправомерности — организуют их возмещение;
- иных случаях, когда вы считаете, что ваши права нарушаются.



Круглосуточная горячая линия, оформление и выдача полисов ОМС, защита прав застрахованных:

**8 800 100 800 5**  
**vtbms.ru**