

Какая медицинская помощь предоставляется бесплатно по полису ОМС?

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);
- диспансеризацию и профилактическую помощь.

Стационарная медицинская помощь, включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств», препаратами крови и медицинскими изделиями.

Скорая и неотложная медицинская помощь. Медицинская реабилитация

За счет средств ОМС проводится лечение большинства заболеваний. Исключение составляют заболевания, преимущественно передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства, лечение которых предоставляется гражданам также бесплатно, но за счет средств бюджета Республики Крым.

2. Где можно лечиться бесплатно по полису ОМС

В медицинских организациях, которые включены в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Республике Крым. Информация о них есть в каждой страховой компании, а также на сайтах Территориального фонда ОМС www.tfoms.rk.gov.ru и Министерства здравоохранения РК www.mzdrav.gov.ru.

3. Как выбрать поликлинику и лечащего врача?

По полису ОМС гражданин получает амбулаторную медицинскую помощь в поликлинике по месту жительства (работы, учебы). 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. При прикреплении гражданина к поликлинике по месту его работы или учебы оказание медицинской помощи на дому осуществляется поликлиникой, в зоне обслуживания которой он фактически проживает.

В поликлинике гражданин имеет право выбирать, не чаще чем один раз в год и с учетом их согласия, терапевта, педиатра, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера. Для этого надо подать заявление на имя главного врача.

4. 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 медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

При оказании плановой амбулаторной медицинской помощи сроки и место проведения основных диагностических мероприятий должны быть назначены лечащим врачом и указаны им в медицинской карте.

5. В какие сроки должна быть оказана амбулаторная медицинская помощь?

- 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 должна быть оказана первичная медицинская помощь в неотложной форме.
- 5 рабочих дней - предельный срок ожидания плановой медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами, педиатрами, врачами общей практики (семейными врачами), акушерами-гинекологами.
- 10 рабочих дней - предельный срок ожидания плановых консультаций врачей-специалистов, диагностических инструментальных и лабораторных исследований.
- 30 рабочих дней – предельный срок ожидания проведения плановой компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании амбулаторной медицинской помощи. При подозрении на злокачественное новообразование - не более 10 рабочих дней.
- 1 месяц - предельный срок ожидания медицинской помощи в дневном стационаре.
- 3 месяца - предельный срок ожидания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Важно знать, что 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. Если же гражданин согласен на оказание медицинской помощи с превышением установленных сроков, его согласие должно быть оформлено письменно.

В случае возникновения любых проблем при получении медицинской помощи в поликлинике обращайтесь к заведующему отделением, заместителю главного врача, звоните в свою страховую компанию.

6. Как получить амбулаторную медицинскую помощь в частных медицинских организациях, работающих в ОМС?

Подробную информацию о работе в ОМС негосударственных медицинских организаций можно получить в страховой компании.

7. 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).

8. В какие сроки осуществляется госпитализация в стационар?

Предельный срок ожидания плановой госпитализации (за исключением хирургического лечения катаракты, восстановительного лечения, высокотехнологичной медицинской помощи) - не более 30 рабочих дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки).

Осмотр пациента, доставленного в больницу по экстренным медицинским показаниям, проводится незамедлительно, повторный осмотр - не позднее чем через час после перевода в отделение.

Осмотр пациента, направленного в плановом порядке, - в течение 2 часов после поступления.

При госпитализации гражданином может быть осуществлен выбор стационара, если это не связано с угрозой его жизни.

9. Каковы условия размещения пациентов в стационарах?

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациенты размещаются в палатах на два места и более. Размещение пациентов в одноместных палатах (боксах) осуществляется по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям.

При совместном нахождении в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет или с ребенком старше указанного возраста при наличии медицинских показаний одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю в медицинской организации бесплатно предоставляются спальное место и питание.

10. Чем лечат в стационарах системы ОМС

При оказании медицинской помощи пациенту в больнице бесплатно предоставляются лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств».

Если пациенту предлагают приобрести за личные средства лекарства, расходные материалы, изделия медицинского назначения, необходимо срочно обратиться за разъяснениями в свою страховую компанию.

11. Кто защитит интересы пациента в стационаре?

Если при лечении в стационаре возникают какие-либо вопросы, не урегулированные с лечащим врачом, надо обращаться:

- к заведующему отделением, заместителю главного врача;
- в свою страховую компанию (телефон указан на полисе ОМС).

12. Ваша страховая компания – ваш главный защитник в ОМС

Страховая компания создана для защиты интересов застрахованных граждан, содействия в организации им необходимой медицинской помощи, контроля ее объемов, сроков, качества и условий предоставления. Страховая компания оплачивает врачебные консультации, диагностические исследования, лечение в поликлинике, стационаре и медицинскую реабилитацию.

В страховых компаниях работают опытные специалисты, которые проконсультируют о Ваших правах и возможностях в ОМС, проинформируют о сроках и объеме 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 и местонахождение компании, обязанной отстаивать Ваши интересы в ОМС, указаны в Вашем полисе ОМС. Своевременное обращение в страховую компанию в случае возникновения вопросов и препятствий при лечении по полису ОМС является существенным условием получения Вами бесплатной, своевременной и качественной медицинской помощи.

Застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли. Для этого необходимо обратиться в свою страховую компанию.

Если Вы не удовлетворены тем, как страховая медицинская организация при Ваших обращениях принимает меры по защите Ваших интересов, ее можно заменить. Это можно сделать один раз в год до 1 ноября, обратившись с паспортом и полисом в пункт выдачи полисов выбранной страховой компании (все необходимые телефоны и адреса есть на сайте www.tfoms.rk.gov.ru)

13. 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, сразу же обращайтесь на горячую линию местного территориального фонда ОМС. Необходимая информация о территориальных фондах ОМС всех регионов России есть на сайте www.tfoms.rk.gov.ru и в Вашей страховой компании.

Телефон Вашей страховой компании указан в полисе ОМС