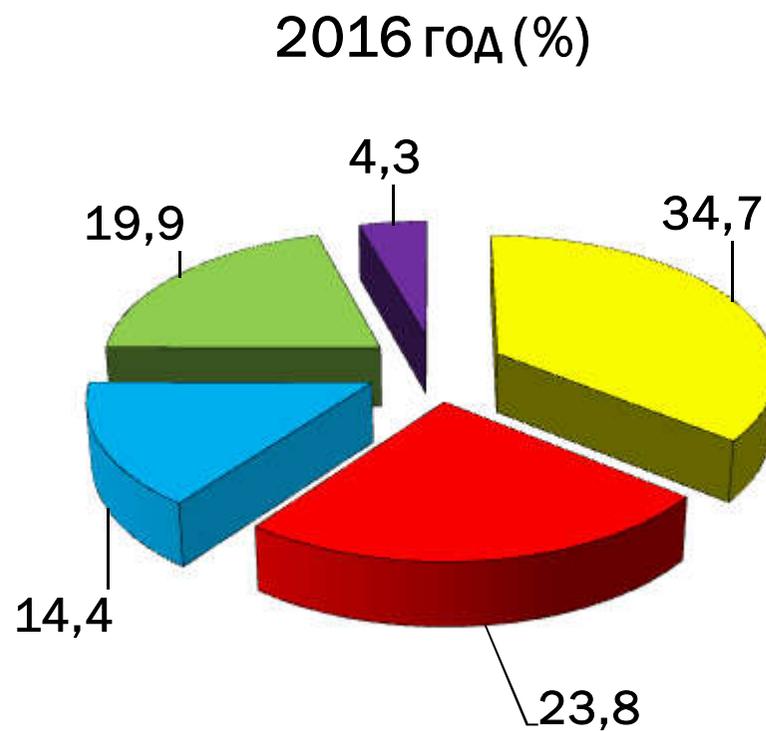
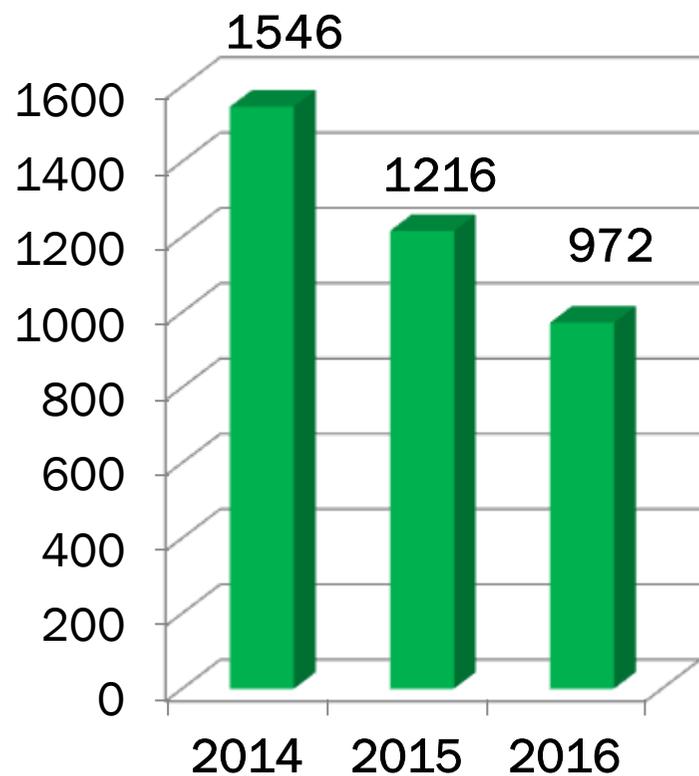


ВОПРОСЫ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



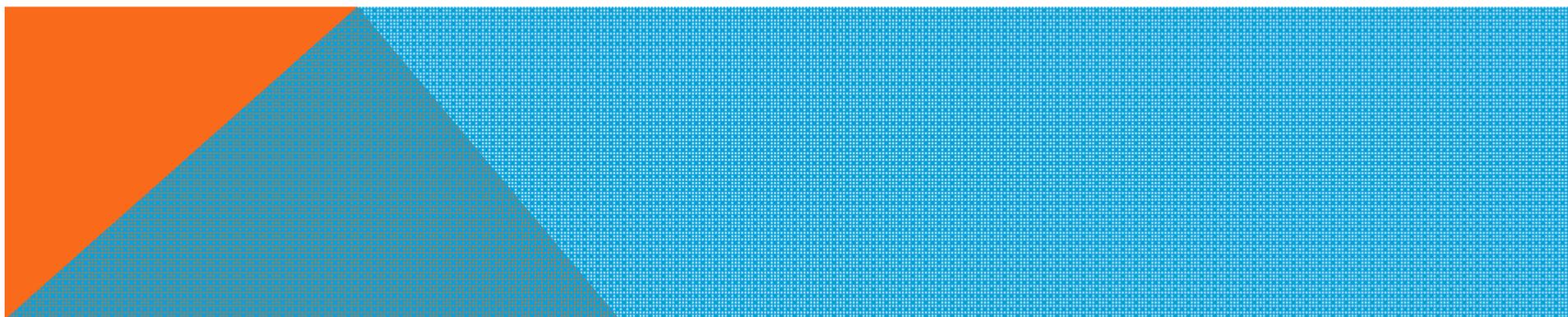
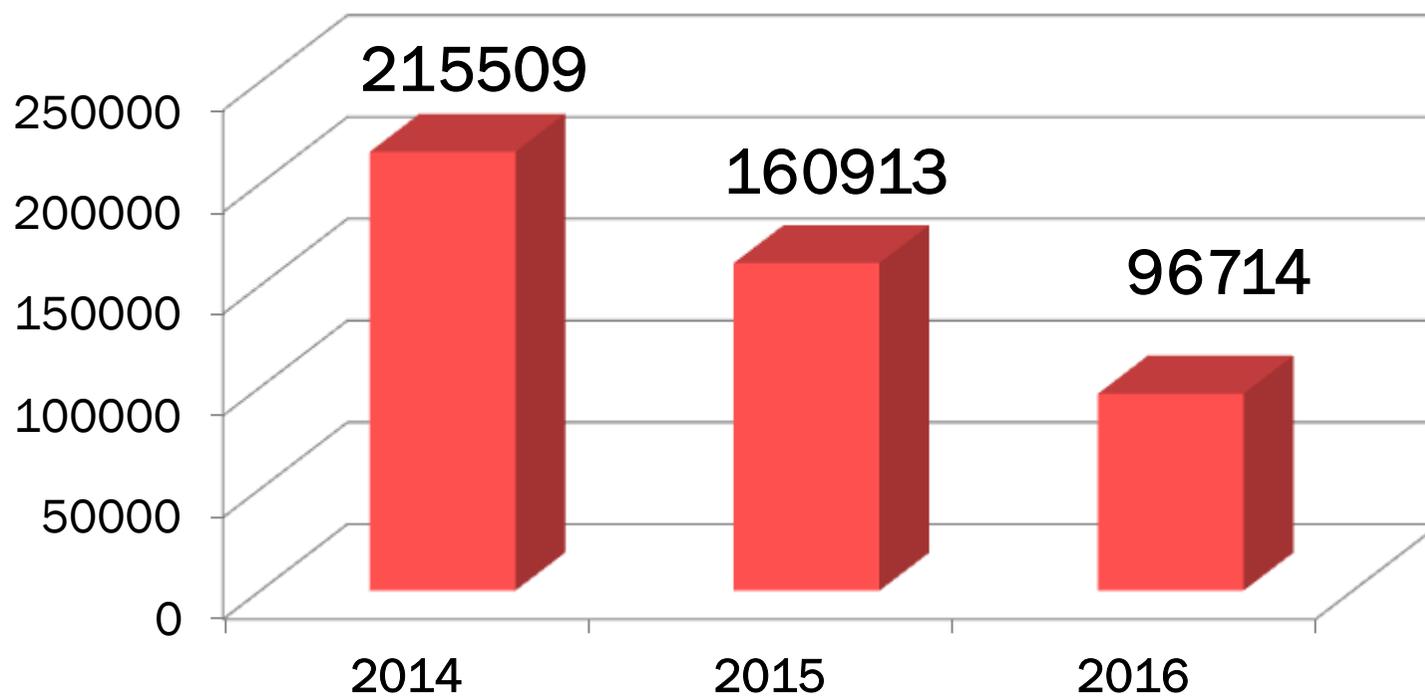
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

ОБОСНОВАННЫЕ ЖАЛОБЫ 2014-2016 ГГ. (АБС.)



- Организация работы МО
- Отказ в МП
- КМП
- Взимание денежных средств
- Другие

ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВА ОБРАЩЕНИЙ НА ТЕЛЕФОНЫ «ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ» 2014-2016 ГГ. (АБС)





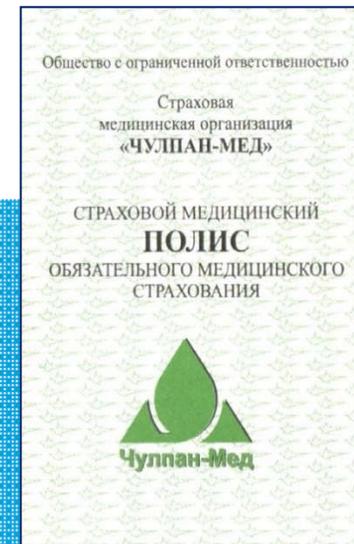
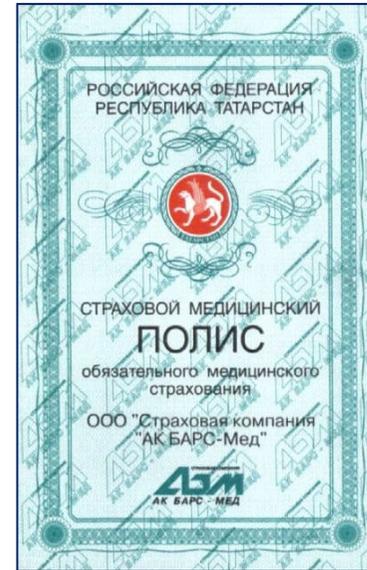
**Федеральный закон
от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации»**

**Федеральный закон от 29 ноября 2010г. №326-ФЗ «Об
обязательном медицинском страховании в Российской
Федерации»**

**Программа государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам Российской
Федерации медицинской помощи на территории
Республики Татарстан, ежегодно утверждаемая
Кабинетом Министров Республики Татарстан**

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОЛИСАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- ❑ Полисы обязательного медицинского страхования, выданные до **01.05.2011**, продолжают действовать на всей территории России до замены их на полисы ОМС единого образца или универсальные электронные карты
- ❑ Отметка о продлении срока действия ранее выданного полиса не требуется



С 1 МАЯ 2011 ГОДА НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВВЕДЕН НОВЫЙ БЛАНК ПОЛИСА ЕДИНОГО ОБРАЗЦА

Лицевая часть – сведения о
застрахованном лице и его подпись

Оборотная сторона – страховая
принадлежность, подпись
уполномоченного лица и печать СМО

Отметка о прикреплении
застрахованного лица к медицинской
организации на полисах ОМС
единого образца недопустима

С 01.08.2012 введен
усовершенствованный
бланк полиса ОМС, в целях
обеспечения возможности
для застрахованных лиц его
удобного использования,
включая возможность
компактного сложения

ПОЛИС обязательного
медицинского страхования

Чернодубровский
Александр
Владимирович
28.02.1964 г., М

0000000000000000

28.02.2012 г.

1. «_» 20__ г. _____

2. «_» 20__ г. _____

3. «_» 20__ г. _____

4. «_» 20__ г. _____

5. «_» 20__ г. _____

6. «_» 20__ г. _____

7. «_» 20__ г. _____

8. «_» 20__ г. _____

9. «_» 20__ г. _____

10. «_» 20__ г. _____

00 00 0000152

Form for temporary certificate of compulsory medical insurance registration. The form includes fields for the name and address of the insurance medical organization, the date of issuance, and the insured person's details (name, sex, date of birth, place of birth, and signature). The title of the form is "ВРЕМЕННОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ОФОРМЛЕНИЕ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ".

_____ (наименование страховой медицинской организации)
_____ (адрес и телефон страховой медицинской организации)

ВРЕМЕННОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ ОФОРМЛЕНИЕ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

« ____ » _____ 20 ____ г. **0 0 0 0 0 0 0 0 0 0**

По настоящему временному свидетельству _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица,
_____ (дата рождения, вид документа, удостоверяющего личность, серия и номер документа, удостоверяющего личность, дата выдачи, кем выдан).

Место рождения _____

Пол: муж. жен. (нужно отметить знаком " V")
имеет право получать медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" до « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись застрахованного лица _____

Представитель страховой медицинской организации _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____ (подпись)

- В день получения заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации СМО выдает застрахованному лицу временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и **удостоверяющее право на бесплатное оказание медицинской помощи по программе ОМС.**
- Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более **30** рабочих дней с даты его выдачи

ДОКУМЕНТЫ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЕ ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ



Полисы ОМС
старого
образца,
выданные до
01.05.2011



Полисы ОМС
нового
образца,
выданные с
01.05.2011



Временное
свидетельство



Универсальная
электронная
карта



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ДЕТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- ❑ со дня рождения до дня государственной регистрации рождения - страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители
- ❑ после дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия - страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем

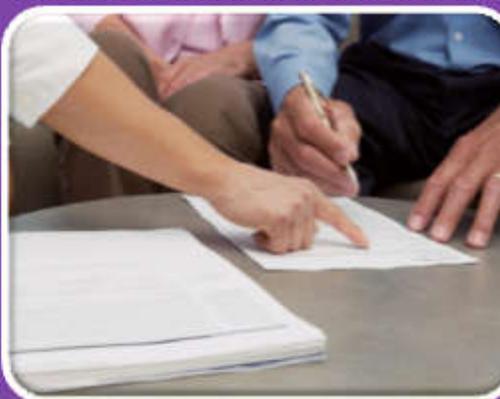


ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 15.11.1997 №143-ФЗ «ОБ АКТАХ ГРАЖДАНСКОГО СОСТОЯНИЯ»

Заявление о
рождении ребенка
должно быть сделано
не позднее чем
через месяц со дня
рождения ребенка



ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ИМЕЮТ ПРАВО НА:



**Выбор страховой
медицинской
организации путем
подачи заявления в
страховую
медицинскую
организацию**

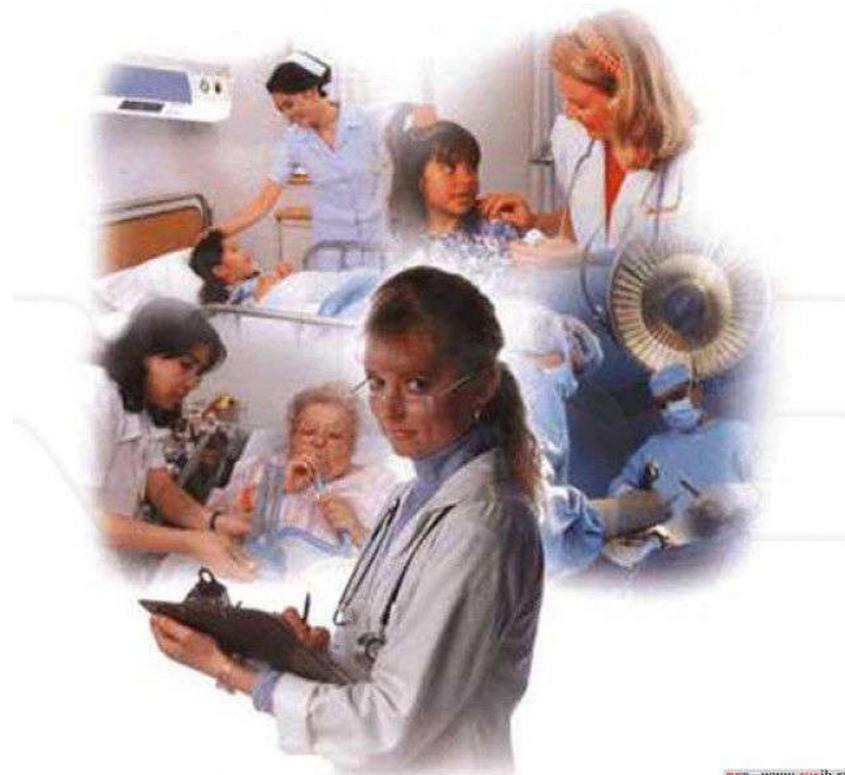
**Замену страховой
медицинской организации,**
в которой ранее был
застрахован гражданин,
один раз в течение
календарного года не
позднее
1 ноября либо чаще в
случае изменения места
жительства или
прекращения деятельности
страховой медицинской
организации путем подачи
заявления во вновь
выбранную страховую
медицинскую организацию

Застрахованные, не
осуществившие
выбор страховой
медицинской
организации, будут
считаться
застрахованными
страховой
компанией,
застраховавшей их
последней

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ИМЕЮТ ПРАВО НА:

бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

- на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой * программой обязательного медицинского страхования
- на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования
- *базовая программа ОМС –медицинская помощь в поликлинике, стационаре (в т.ч. ВМП-ОМС), скорая медицинская помощь



www.rusib.ru

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ОБЯЗАНЫ:



Предъявить при обращении за медицинской помощью полис ОМС, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи

Осуществить выбор СМО по новому месту жительства в течение 1 месяца



При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи пациент имеет право на выбор медицинской организации





Поликлинику для получения медицинской помощи можно выбрать **не чаще чем один раз в год** (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания). Для этого необходимо обратиться с письменным заявлением на имя руководителя медицинской организации.





Каждому участковому врачу в рамках обслуживаемой территории выделен участок с прикрепленным населением



Граждане проживающие либо работающие вне зоны обслуживания поликлиникой прикрепляются к участковому врачу с учетом рекомендуемой численности

Терапевтический участок – 1700 человек

Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N543н

Медицинская организация,
оказывающая первичную медико-
санитарную помощь по участково-
территориальному принципу,
не вправе отказать гражданину в
прикреплении по месту его
фактического проживания



ВЫБОР ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:

Оказание медицинской помощи осуществляется преимущественно в женской консультации (кабинете) поликлиники, к которой прикреплена пациентка. Чтобы поменять женскую консультацию, необходимо выбрать другую поликлинику и прикрепиться к ней.

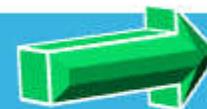


ПОРЯДОК ВЫБОРА СТАЦИОНАРА ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОЙ ФОРМЕ

Лечащий врач обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой

Гражданин осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи

В случае, если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок, установленный территориальной программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации



ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫБОР ВРАЧА (ТЕРАПЕВТА, ПЕДИАТРА, ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ФЕЛЬДШЕРА)

- не чаще одного раза в год
- на основании заявления гражданина (его представителя) на имя руководителя медицинской организации
- с согласия врача



**Приказ Минздравсоцразвития
России от 26.04.2012 №407н**

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО



Дается на основании:

- представленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания МП;
- связанном с ним риске;
- возможных вариантах;
- последствиях;
- предполагаемых результатах

Кто подписывает:

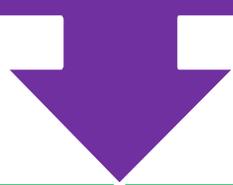
- сам пациент;
- родители или иные законные представители ребенка до 15 лет;
- законные представители лица, признанного в установленном порядке недееспособным;
- родители или законные представители ребенка до 18 лет при оказании наркологической помощи

Когда допускается медицинское вмешательство без ИДС и кто принимает решение:

- при угрозе жизни пациента – консилиум врачей;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, психическими расстройствами – консилиум врачей;
- в отношении осужденных при проведении судебной экспертизы – суд

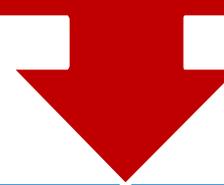
ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Первичная медико-санитарная помощь



Приказ МЗ РФ от
20.12.2012
№1177н

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях



Приказ МЗ РФ от
02.12.2014
№796н

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:



обслуживание вызова
участковым врачом в день
приема вызова



проведение консультаций
врачами-специалистами
по назначению
участкового врача

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПРИ:

острых заболеваниях, сопровождающихся ухудшением состояния здоровья;

состояниях, представляющих эпидемиологическую опасность для окружающих;

хронических заболеваний в стадии обострения;

заболеваниях женщин во время беременности и после родов;

осуществлении патронажа родильниц и детей первого года жизни в установленном порядке;

невозможности (ограниченности) пациентов к самостоятельному передвижению



НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОМУ

осуществляется в течение
не более 2 часов после
поступления обращения
больного или иного лица
об оказании медицинской
помощи на дому



ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРЕДУСМАТРИВАЮТСЯ:



прием пациентов без предварительной записи вне общей очереди по экстренным показаниям

прием пациентов, обратившихся в медицинскую организацию с признаками неотложных состояниях, осуществляется не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру

срок ожидания приема участковым врачом не более 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию

ПРЕДЕЛЬНЫЕ СРОКИ ОЖИДАНИЯ ПЛАНОВЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ:



Консультация врачей-специалистов –
не более 14 календарных дней



Проведение диагностических исследований –
не более 14 календарных дней



При проведении компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ангиографии - не более 30 календарных дней

В ЦЕЛЯХ УПОРЯДОЧЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСЬ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИЁМ К УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ, ВРАЧУ-СПЕЦИАЛИСТУ ПОСРЕДСТВОМ:

- САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЗАПИСИ ЧЕРЕЗ ЕДИНЫЙ ПОРТАЛ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УСЛУГ (ФУНКЦИЙ); ПОРТАЛ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УСЛУГ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
- ЧЕРЕЗ ТЕРМИНАЛ ЭЛЕКТРОННОЙ ОЧЕРЕДИ И ИНФОМАТ «ЭЛЕКТРОННЫЙ ТАТАРСТАН»
- ЗАПИСИ СОТРУДНИКОМ РЕГИСТРАТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТА В РЕГИСТРАТУРУ ИЛИ ПО ТЕЛЕФОНУ)

Пациент имеет право на использование наиболее доступного способа предварительной записи

ПЛАНОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

- ❑ Максимальный срок ожидания не может превышать **30 календарных дней** с даты выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию
- ❑ Очередность оказания высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме определяется **Листом ожидания** медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь



ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА:



паспорта или иного документа, удостоверяющего личность



полиса обязательного медицинского страхования (в случае оказания медицинской помощи по Территориальной программе ОМС)



направления из поликлиники



результатов диагностических исследований, которые должны быть проведены в амбулаторных условиях

ПРИКАЗ МЗ РФ ОТ 02.12.2014 №796Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В Т.Ч. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

При оказании специализированной медицинской помощи в **экстренной форме** время от момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи в медицинскую организацию или от момента самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию до установления предварительного диагноза не должно превышать **1 час**



ПРИКАЗ МЗ РФ ОТ 02.12.2014 №796Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В Т.Ч. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

При оказании специализированной медицинской помощи **в неотложной форме** проведение осмотра пациента осуществляется **не позднее 2 часов** с момента поступления пациента в приемное отделение



**ЛЕЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЕ
ОБОСТРЕНИЯ И ИХ
ВЛИЯНИЯ НА ТЯЖЕСТЬ И
ТЕЧЕНИЕ ОСНОВНОГО
ЗАБОЛЕВАНИЯ**



ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ БЮДЖЕТА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН (ВМП-РТ):

гарантируется бесплатно для граждан, постоянно проживающих на территории Республики Татарстан



гражданам, постоянно проживающим в других субъектах РФ, осуществляется в экстренных случаях при отсутствии альтернативных видов медицинской помощи



ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ БЮДЖЕТА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН (ВМП-ОМС):

гарантируется бесплатно для граждан, постоянно проживающих на территории Республики Татарстан



гарантируется бесплатно гражданам, постоянно проживающим в других субъектах РФ, в порядке и на условиях, предусмотренных ТП ОМС. Оплата осуществляется в рамках межтерриториальных взаиморасчетов (между территориальными фондами ОМС субъектов РФ)



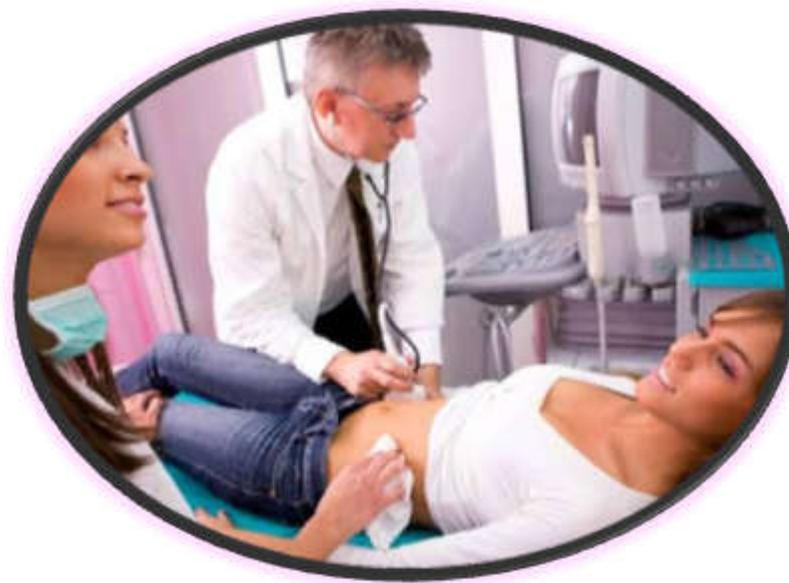
- При госпитализации ребенка одному из родителей, иному члену семьи или законному представителю предоставляется право на **бесплатное** совместное нахождение с ребенком в течение всего периода лечения
- При совместном нахождении с ребенком в стационаре до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний **плата** за создание условий пребывания в стационаре, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц **не взимается**



**УСЛОВИЯ ПРЕБЫВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

УСЛОВИЯ ПРЕБЫВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ:

Питание больного,
проведение лечебно-
диагностических
манипуляций,
лекарственное
обеспечение
производятся с момента
поступления в
стационар



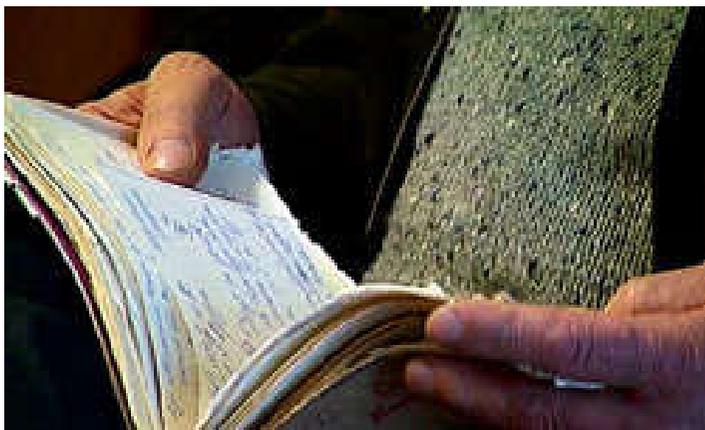
В целях выполнения порядков оказания и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения пациенту, находящемуся на лечении в стационарных условиях, диагностических исследований при отсутствии возможности их проведения в медицинской организации руководителем медицинской организации обеспечивается транспортировка пациента санитарным транспортом медицинской организации в сопровождении медицинского работника в другую медицинскую организацию и обратно



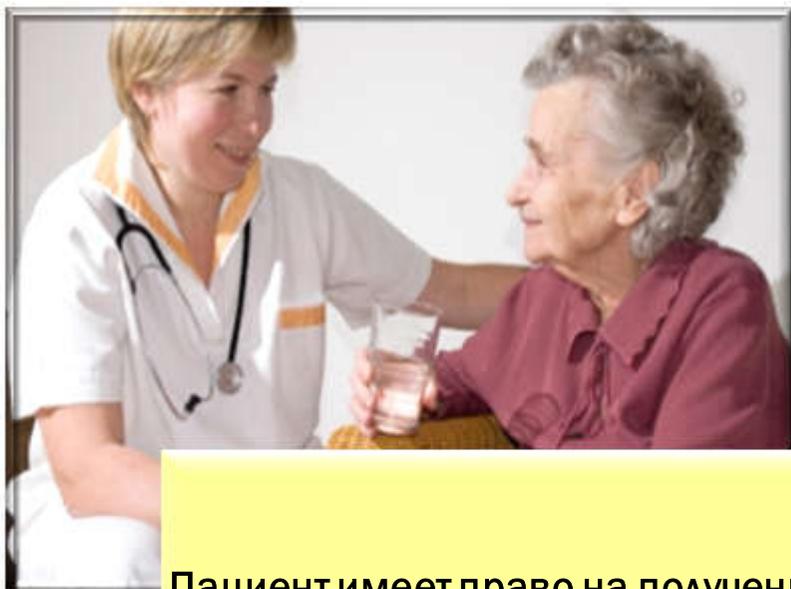
Транспортные услуги и диагностические исследования предоставляются пациенту без взимания платы

На каждого пациента в медицинской организации или её структурном подразделении, оказывающем медицинскую помощь в амбулаторных условиях, независимо от того, сколькими врачами проводится лечение, заполняется **одна** карта. Медицинские карты амбулаторных больных хранятся в медицинской организации. Медицинская организация несет ответственность за их сохранность.

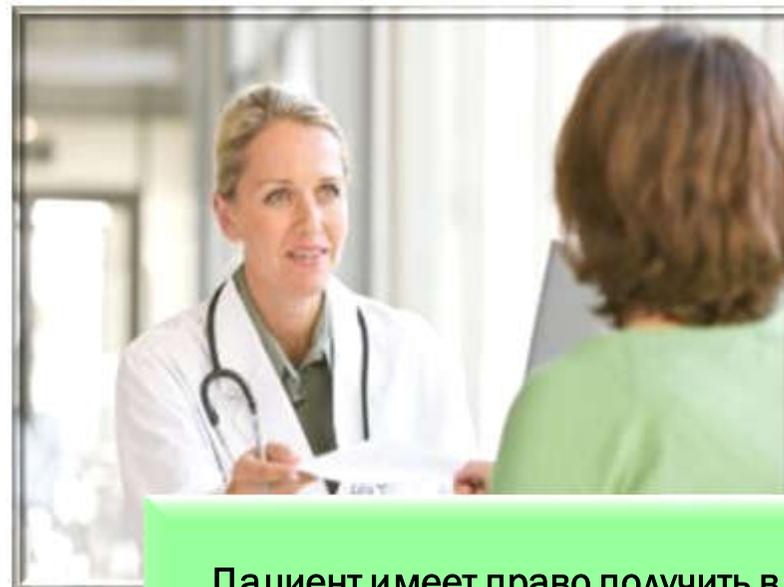




Пациент либо его законный представитель имеет право знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в соответствии с приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.06.2016 №425н «Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» и получать на основании такой документации консультации у других специалистов



Пациент имеет право на получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья



Пациент имеет право получить в доступной для него форме и имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи



Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении



С учетом принципа добровольности получения информации пациент имеет право **отказаться** от получения сведений о состоянии своего здоровья либо указать лицо, которое следует информировать вместо него самого

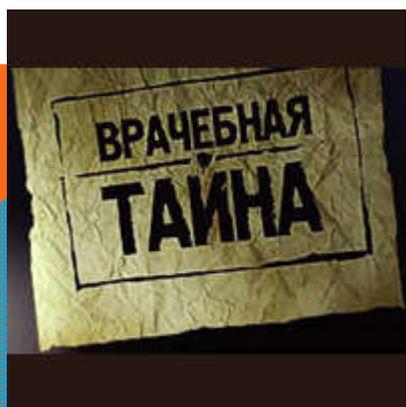


Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов





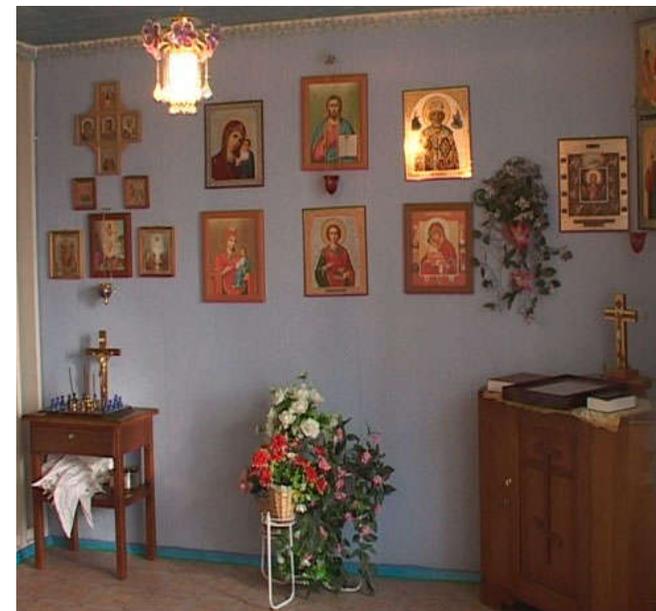
ПРАВО НА ЗАЩИТУ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ



**ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО НА
ДОПУСК К НЕМУ АДВОКАТА ИЛИ
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
ДЛЯ ЗАЩИТЫ СВОИХ ПРАВ**



Право на допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.



ПРАВО НА ВНЕОЧЕРЕДНОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМЕЮТ:

Герои Советского Союза;

Герои Российской Федерации;

полные кавалеры ордена Славы;

члены семей Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы;

Герои Социалистического Труда;

полные кавалеры ордена Трудовой Славы;

лица, награжденные знаком "Почетный донор России", "Почетный донор СССР";

граждане, признанные пострадавшими от политических репрессий;



ПРАВО НА ВНЕОЧЕРЕДНОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМЕЮТ:

вдовы (вдовцы) Героев Социалистического Труда или полных кавалеров ордена Трудовой Славы, не вступившие в повторный брак (независимо от даты смерти (гибели) Героя Социалистического Труда или полного кавалера ордена Трудовой Славы);

граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие Чернобыльской катастрофы, и приравненные к ним категории граждан;

реабилитированные лица;

инвалиды и участники войн;

ветераны боевых действий;



ПРАВО НА ВНЕОЧЕРЕДНОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМЕЮТ:

военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 г. по 3 сентября 1945 г. не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";

нетрудоспособные члены семей погибших (умерших) инвалидов войн, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, состоявшие на их иждивении и получающие пенсию по случаю потери кормильца (имеющие право на ее получение);

лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог;

дети-инвалиды и дети, оставшиеся без попечения родителей.



**ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ
ВНЕОЧЕРЕДНОГО
ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТ,
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ, ЧТО
ГРАЖДАНИН ОТНОСИТЕСЬ
К ЛЬГОТНОЙ КАТЕГОРИИ
ГРАЖДАН**



ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ОТНОСИТСЯ К ЛЬГОТНОЙ КАТЕГОРИИ ГРАЖДАН:

В поликлинике по месту прикрепления медицинская помощь должна оказываться во внеочередном порядке

В поликлинике по месту прикрепления срок ожидания плановых консультации врачей специалистов (невролог, офтальмолог, кардиолог и т.д.), диагностических исследований может достигать **5 рабочих дней** с даты обращения

В консультативных поликлиниках республиканских больниц, диспансерах – срок ожидания консультаций врачей специалистов, диагностических исследований может достигать **10 рабочих дней** с даты обращения

Срок ожидания плановой госпитализации не должен быть более **14 рабочих дней**



При проведении лечения в амбулаторных условиях лекарственное обеспечение осуществляется за счет личных средств граждан, за исключением категорий граждан, имеющих право на получение соответствующих мер социальной поддержки, установленных федеральным законодательством или законодательством Республики Татарстан, а также в случаях оказания медицинской помощи **в неотложной форме.**



Обеспечение граждан лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, лечебным питанием, в т.ч. специализированными продуктами лечебного питания, осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи. Если они не входят в стандарт и (или) перечень ЖНВЛП, назначение допускается по решению ВК в случае наличия медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям)

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИМЕЕТ ПРАВО ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ



Обязательным условием при получении платных медицинских услуг является дача пациентом информированного добровольного согласия на получение платных услуг и заключение договора между пациентом и медицинской организацией



Перед заключением договора об оказании платных услуг медицинская организация **обязана информировать** граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий **бесплатного** оказания гражданам медицинской помощи

Медицинская организация должна размещать на своем официальном сайте в сети "Интернет", а также на информационных стендах в каждом обособленном подразделении медицинской организации (ФАП, врачебной амбулатории, участковой больницы, приемном отделении стационара, поликлинике, родильном доме и т.д.), в местах, доступных для ознакомления, информацию о:

осуществляемой медицинской деятельности, видах, условиях предоставления медицинской помощи;

порядке и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с Программой бесплатного оказания медицинской помощи гражданам медицинской помощи;

режиме работы;

медицинских работников медицинской организации, об уровне их образования и квалификации;

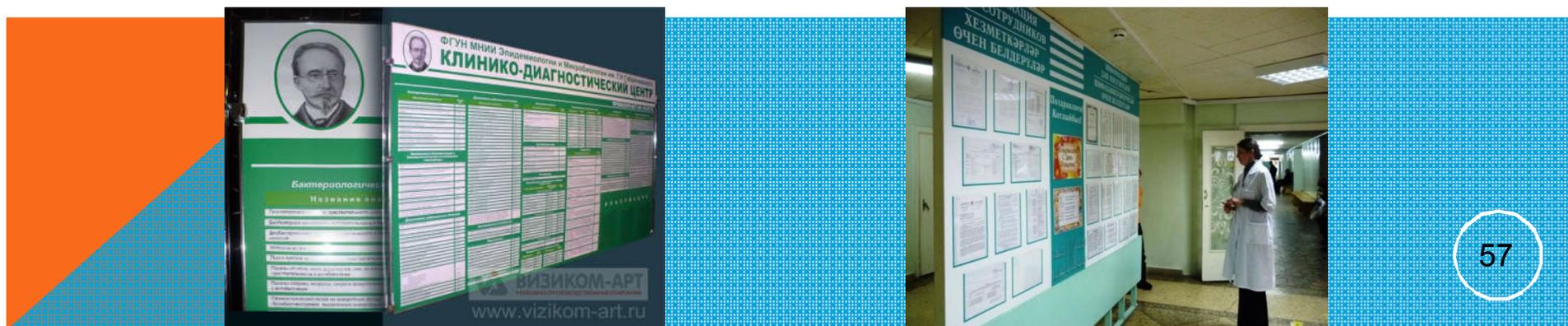
видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;

правах и обязанностях пациентов;

показателях доступности и качества медицинской помощи;

перечне ЖНВЛП, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;

перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно.



ВАЖНО!

ПРИКАЗ от 30 декабря 2014 г. N 956н «ОБ ИНФОРМАЦИИ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, И ТРЕБОВАНИЯХ К СОДЕРЖАНИЮ И ФОРМЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАЗМЕЩАЕМОЙ НА ОФИЦИАЛЬНЫХ САЙТАХ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ "ИНТЕРНЕТ"



ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ ГРАЖДАН

Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные
законодательные акты РФ» от 25.11.2013 №317-ФЗ

Ст.6.30 Кодекса об административных правонарушениях
дополнена

«невыполнение медицинской организацией обязанностей об
информировании граждан о возможности получения
медицинской помощи в рамках программы государственных
гарантий **бесплатного оказания гражданам медицинской
помощи и территориальных программ** влечет наложение
административного штрафа на должностных лиц в размере от
5 до 7 тысяч рублей, юридических лиц – от 10 до 20 тысяч
рублей».

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ ГРАЖДАН

Ст.6.30 Кодекса об административных правонарушениях
дополнена (вступила в силу с 1.01.2014)

«невыполнение медицинской организацией , участвующей в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, **обязанности о предоставлении информации о порядке, об объеме, условиях оказания** медицинской помощи в соответствии программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 10 до 15 тысяч рублей, юридических лиц – от 20 до 30 тысяч рублей».

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ СОЗДАНИЯ ИНСТИТУТА СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ В СФЕРЕ ОМС

Усиление роли СМО по защите прав застрахованных лиц в части:

- информирования застрахованных лиц
- полного, всестороннего рассмотрения обращений застрахованных лиц (поступивших в Контакт-центр, письменных, в т.ч. требующих проведения экспертизы и т.д.)
- выполнения отдельных функций по организации оказания медицинской помощи (плановая госпитализация, диспансеризация, профилактические осмотры), т.е. СМО становятся «операторами» организации оказания медицинской помощи

Повышение ответственности СМО за показатели состояния здоровья застрахованных лиц путем:

- минимизации страховых рисков (работа с застрахованными по своевременному прохождению профилактических мероприятий, оценке качества диспансерного наблюдения, комплаентности (приверженности) к лечению с целью профилактики обострений, рецидивов болезни, создания «пула» информации о застрахованных лицах, не занимающихся ответственно охраной своего здоровья;
- внесения в показатели оценки деятельности СМО: информирование и привлечение застрахованных лиц к прохождению профилактических мероприятий; выполнение плана по профилактическим мероприятиям

ИНСТИТУТ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН



Страховой представитель 1 уровня –
специалист Контакт-центра СМО



Страховой представитель 2 уровня –
сотрудник СМО с более высоким
функционалом



Страховой представитель 3 уровня –
специалист-эксперт СМО/эксперт качества
МП, включённый в территориальный реестр
экспертов качества

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ 1 УРОВНЯ



- Прием входящих звонков от застрахованных лиц, фиксирование их в Электронном журнале, при необходимости переадресация обращений.
- Консультирование застрахованных по вопросам, носящим справочно-консультативный характер (типичные вопросы).
- Информирование обратившихся застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ 1 УРОВНЯ

- Проведение телефонных опросов застрахованных лиц, не прошедших диспансеризацию, выявление причин не прохождения или отказа от прохождения диспансеризации.
- Проведение выборочного опроса (анкетирования) граждан о доступности и качестве медицинской помощи в медицинских организациях



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ 2 УРОВНЯ



- Рассмотрение обращений, в т.ч. переадресованных страховым представителем 1 уровня.
- Информирование и сопровождение застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи.
- Защита прав и законных интересов застрахованных в сфере ОМС.
- Взаимодействие со страхпредами 3 уровня в целях организации проведения МЭЭ и ЭКМП по обращениям граждан.
- Сопровождение застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи, в т.ч. ВМП
- Правовая поддержка застрахованного лица в рамках досудебного и судебного разрешения спорного вопроса силами юридической службы СМО

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ 2 УРОВНЯ

- **Содействие привлечению застрахованных лиц к прохождению 1 этапа профилактических мероприятий, в т.ч. их индивидуальное информирование о возможности прохождения профмероприятий.**
- **Учёт застрахованных лиц, не обратившихся в МО для прохождения профмероприятий.**
- **Анализ результатов телефонных опросов, проведенных страхпредом 1 уровня, и направление информации в МО, ТФОМС, МЗ РТ.**
- **Учёт застрахованных лиц, подлежащих и отказавшихся от 2 этапа профмероприятий.**
- **Контроль полноты охвата 2 этапом профмероприятий застрахованных лиц и своевременности его проведения.**
- **Анализ по реестрам-счетов результатов профмероприятий для учёта застрахованных лиц, не прошедших профмероприятия в установленный срок, а также прошедших в разрезе групп здоровья и установленных диагнозов, подлежащих дальнейшему наблюдению и лечению.**

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ 3 УРОВНЯ

- Принимает участие в разрешении спорных случаев по письменным обращениям (жалобам) застрахованных лиц, ведет учёт обращений, информирует о результатах рассмотрения обращений, выявленных нарушениях по результатам экспертизы.
- Проводит МЭЭ.
- Осуществляет отбор случаев для ЭКМП.
- Организует очную экспертизу в момент получения медицинской помощи.
- Осуществляет контроль сроков и профильность госпитализации.



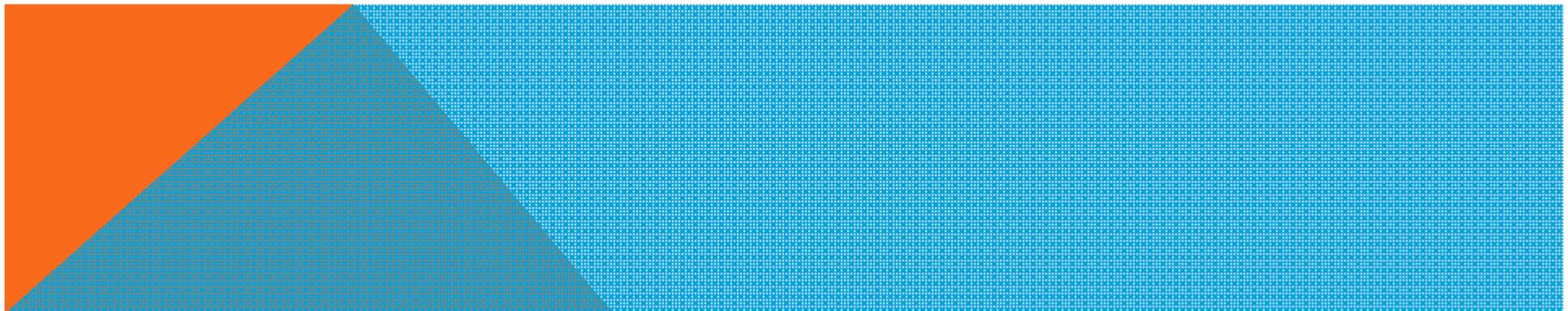
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ 3 УРОВНЯ

На основании предъявленных к оплате реестров счетов:

- анализирует показатели состояния здоровья застрахованных на основании выставленных групп здоровья по результатам диспансеризации;
- анализирует своевременность плановых госпитализаций, прохождения застрахованными лицами диспансеризации;
- осуществляет работу с застрахованными лицами с выявленными хроническими заболеваниями, подлежащими диспансерному наблюдению, о необходимости обращения в МО для диспансерного наблюдения в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и приверженности к лечению.



**В ЦЕЛЯХ КООРДИНАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО
ИНФОРМАЦИОННОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ
ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИКАЗОМ МЗ РТ
ОТ 23.01.2017 №98 УТВЕРЖДЕНА РАБОЧАЯ ГРУППА
(ПРОЕКТНЫЙ ОФИС), ПРЕДСЕДАТЕЛЕМ КОТОРОЙ
ЯВЛЯЕТСЯ МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
ТАТАРСТАН, ЧЛЕНАМИ – СПЕЦИАЛИСТЫ ТФОМС
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН, СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ,
НАЧАЛЬНИКИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
ПРЕЗИДЕНТ НП «АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ РТ»**



Спасибо за внимание

