

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

ПРИКАЗ

«19» февраля 2019 г.

№ 5

г. Петропавловск-Камчатский

О внесении изменений в приказ ТФОМС Камчатского края от 29.03.2017 № 38 «Об утверждении регламента работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае»

В целях совершенствования системы персонифицированного учета и контроля за рассмотрением обращений застрахованных лиц и результатами их рассмотрения, повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования, а также во исполнение приказов Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 № 271, от 11.05.2016 № 88, от 07.04.2011 № 79 (в ред. Приказа ФФОМС от 09.09.2016 № 169)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ ТФОМС Камчатского края от 29.03.2017 № 38 «Об утверждении регламента работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае» следующие изменения:

1.1. изложить пункт 3 в следующей редакции:

«3. Утвердить Перечень тематических сценариев с типовыми вопросами и ответами (Приложение № 3).»;

1.2. изложить Приложение № 3 в редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ ТФОМС Камчатского края от 20.05.2016 № 38 «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Врио директора



Н.Н. Александрович

Приложение к приказу ТФОМС КК
от 19.02.2019 № 5

«Приложение № 3
Утверждено
приказом территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Камчатского края
от 29.03.2017 № 38

Перечень тематических сценариев с типовыми вопросами и ответами

№ п/п	Вопрос	Ответ
Тема 1.1 «Об обеспечении полисами ОМС»		
1	Какие права дает застрахованному гражданину страховой медицинский полис ОМС?	Полис обязательного медицинского страхования является документом, подтверждающим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи медицинскими организациями на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на определенный год, и на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в субъекте РФ
2	Как оформить полис ОМС единого образца?	Для получения полиса ОМС Вы можете лично или через своего представителя (по доверенности) обратиться в ближайший пункт выдачи полисов в Вашем регионе. Полис ОМС единого образца оформляется на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, к которому прилагаются соответствующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется в письменной форме или машинописным способом и подается в страховую медицинскую организацию. Для оформления полиса ОМС предлагаем обратиться в ближайший для Вас офис СМО.
3	Что такое сервис «Электронная заявка»?	«Электронная заявка» - удобный сервис по оформлению полиса ОМС единого образца. Заполнив электронную заявку на сайте компании, Вы сможете значительно ускорить процесс оформления полиса ОМС. По результатам заполнения всех форм электронного сервиса с Вами свяжется специалист СМО и подберёт ближайший к Вам офис и удобное

		время для подачи необходимых документов без очереди.
4	Какие документы нужны для получения полиса ОМС?	<p><i>Уточняющий вопрос:</i> Пожалуйста, укажите Ваш статус</p> <p>Для регистрации в качестве застрахованного лица необходимы следующие документы или их заверенные копии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами РФ:</u> <ul style="list-style-type: none"> • свидетельство о рождении; • документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; • СНИЛС (при наличии); 2. <u>Для граждан РФ в возрасте от четырнадцати лет и старше:</u> <ul style="list-style-type: none"> • документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта); • СНИЛС; 3. Для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом <u>«О беженцах»:</u> <ul style="list-style-type: none"> • удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению; или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ. 4. Для <u>иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ:</u> <ul style="list-style-type: none"> • паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; • вид на жительство; • СНИЛС (при наличии); 5. Для лиц <u>без гражданства, постоянно проживающих в РФ:</u> <ul style="list-style-type: none"> • документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; • вид на жительство; • СНИЛС (при наличии); 6. Для <u>иностранных граждан, временно проживающих в РФ:</u> <ul style="list-style-type: none"> • паспорт иностранного гражданина либо 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; • СНИЛС (при наличии); 7. Для лиц <u>без гражданства, временно проживающих в РФ:</u>

		<ul style="list-style-type: none"> • 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; • либо документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность; • СНИЛС (при наличии); <p>8. <u>Для иностранных граждан стран-членов ЕАЭС</u> (Республика Беларусь, Республика Казахстан, Республика Армения, Кыргызская Республика), временно проживающих в РФ (в соответствии с приказом МЗ РФ от 27.10.2016 №803н):</p> <ul style="list-style-type: none"> • паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; • СНИЛС; • трудовой договор трудящегося государства-члена ЕАЭС; • отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания; <p>9. <u>Для представителя застрахованного лица:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • документ, удостоверяющий личность; • доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со ст. 185 ч. 1 Гражданского кодекса РФ; <p>10. <u>Для законного представителя застрахованного лица:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • документ, удостоверяющий личность и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя; <p>11. <u>Для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания); • сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать); <p>наименование территориального фонда.</p>
5	Как долго оформляется полис ОМС?	<p>В день подачи в страховую медицинскую организацию заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации Вы получаете временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС единого образца. Оно действительно до момента получения полиса ОМС, но не более тридцати рабочих дней с момента его выдачи. Временное свидетельство удостоверяет право на бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи</p>

		при наступлении страхового случая. По истечении срока действия временного свидетельства Вы обязаны получить полис ОМС единого образца.
6	Кто может получить полис ОМС за гражданина?	<p>Для получения полиса ОМС застрахованные лица вправе обратиться в СМО через своего представителя.</p> <p><u>Для представителя</u> застрахованного лица необходимо представить: документ, удостоверяющий личность застрахованного лица, представителя (или их заверенные копии), СНИЛС застрахованного лица и доверенность на регистрацию в качестве представителя застрахованного лица в выбранной СМО, оформленную в соответствии со статьей 185 ч. I Гражданского кодекса РФ.</p> <p><u>Для законного представителя</u> застрахованного лица доверенность не требуется.</p>
7	Полис выдан до 31.12.2010 г. Нужно ли его менять?	Согласно Федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования «старого» образца остается действующим до замены его на полис ОМС единого образца. Для получения полиса ОМС единого образца Вы можете лично или через своего представителя обратиться в ближайший пункт выдачи полисов ОМС в Вашем регионе.
8	Что делать при утрате полиса?	В случае утери полиса ОМС, выданного СМО, Вы можете обратиться с необходимым набором документов (паспорт, или иной документ, удостоверяющий личность, СНИЛС) в один из пунктов выдачи полисов в Вашем регионе и подать заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса.
9	Где и каким образом получить полис ребенку?	<p>В соответствии с частью 3 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется СМО, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется СМО, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.</p> <p>Полис ОМС на ребенка Вы можете получить в СМО путем подачи заявления о выборе (замене) СМО с приложением следующих документов или их заверенных копий.</p> <p><i>Уточняющий вопрос:</i> Пожалуйста, укажите возраст ребенка</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для детей <u>после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет</u>, являющихся гражданами РФ: <ul style="list-style-type: none"> – Свидетельство о рождении; – Документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; – СНИЛС (при наличии) 2. Для граждан РФ <u>в возрасте четырнадцати лет и до совершеннолетия</u>: <ul style="list-style-type: none"> – Документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта); – СНИЛС;

		<p>– Паспорт законного представителя.</p> <p>Подробная информация о страховых медицинских организациях находится на сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края: www.kamtfoms.ru</p>
10	Как узнать о готовности полиса ОМС?	<p>В соответствии с пунктом 51 Правил ОМС, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 11.01.2017), Федеральный фонд и территориальные фонды организуют информирование застрахованных об изготовленных полисах через официальные сайты территориальных фондов.</p> <p>Кроме того, для уточнения информации о готовности полиса ОМС единого образца, Вы можете обратиться в тот пункт выдачи полисов ОМС, в котором Вы подавали заявление и получили временное свидетельство, а также по телефону, указанному на временном свидетельстве.</p> <p>Если при подаче заявления о выборе (замене) СМО предоставите его сотрудникам свой номер мобильного телефона и дадите согласие на получение указанного смс-сообщения, Вы получите смс-сообщение о готовности полиса.</p>
11	Сменил место работы /устроился на работу/ уволился, нужно ли менять полис ОМС?	<p>Менять полис ОМС при смене места работы, возвращать его работодателю при увольнении, а также получать новый при устройстве на новую работу не нужно. Если раньше СМО выбирал работодатель, и при увольнении работник обязан был сдать полис ОМС, то по Федеральному закону об обязательном медицинском страховании, вступившему в силу с 1 января 2011 года, граждане самостоятельно выбирают и заменяют СМО. При выборе СМО и при наличии полиса ОМС «старого образца», вновь выбранная СМО регистрирует застрахованное лицо и выдает ему сначала временное свидетельство, подтверждающее изготовление полиса ОМС, затем полис ОМС единого образца. При замене СМО, выбранная Вами СМО в полисе единого образца проставляет отметку и печать о регистрации Вас в качестве застрахованного лица в выбранной Вами компании.</p> <p>Согласно Федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования «старого» образца остается действующим до замены его на полис ОМС единого образца.</p>
12	Как получить полис ОМС военнослужащему?	<p>Военнослужащие и приравненные к ним в организации оказания медицинской помощи лица, согласно ст. 10 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" не относятся к категории застрахованных лиц по ОМС. Полис ОМС военнослужащим не выдается.</p> <p>Граждане, уволенные с военной службы, подлежат обязательному медицинскому страхованию на общих основаниях.</p>
13	Постоянная регистрация в одном регионе, фактически проживаю в другом регионе. Где получить полис?	<p>С 1 января 2011г. гражданин может выбрать СМО и получить полис ОМС единого образца там, где он фактически проживает, вне зависимости от регистрации по месту жительства.</p>
14	Мы переехали из	<p><i>Уточняющий вопрос:</i> Уточните Вы переехали на постоянное место жительства или находитесь временно (в отпуске</p>

	<p>другого региона РФ в Камчатский край. Прописки пока нет. Есть полис ОМС, выданный в другом регионе. Надо ли нам получать полис ОМС Камчатском крае?</p>	<p>или командировке)?</p> <p>1. <u>Переезд на постоянное место жительства</u> Вам необходимо осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства (прописки) в течение одного месяца для регистрации в качестве застрахованного лица в Камчатском крае и поставить на оборотной стороне полиса ОМС, выданного в другом регионе, отметку о перерегистрации.</p> <p><i>При необходимости разъяснить:</i> В соответствии с п. 4 ч. 2 ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица обязаны 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.</p> <p>2. <u>В Камчатском крае находится временно</u> Нет, не надо. Если регистрация по месту жительства (прописка) осталась прежней (в другом регионе), то полис ОМС, выданный в другом регионе остается действующим на всей территории России. Медицинская помощь будет оказана в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.</p>
15	<p>Можно ли получить полис ОМС без регистрации по месту жительства или пребывания?</p>	<p>Можно. Для этого необходимо обратиться в выбранную медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации.</p> <p>Вместе с заявлением предъявить:</p> <ul style="list-style-type: none"> – документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта); – СНИЛС. <p><i>При необходимости разъяснить:</i> В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», законом РФ от 25.06.1993 № 5242-1 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения и жительства в пределах Российской Федерации» регистрация или отсутствия таковой не могут служить основанием ограничения или условием реализации прав и свобод граждан, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, законами Российской Федерации. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предоставляет застрахованным лицам право выбора страховой медицинской организации и получения полиса обязательного медицинского страхования по месту регистрации или по месту жительства застрахованного лица.</p>
16	<p>В каких случаях выдается дубликат?</p>	<p>Дубликат полиса выдается в случае его ветхости и непригодности для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста, механическое повреждение пластиковой карты с электронным носителем и другие), утери полиса. Выдача дубликата полиса осуществляется по заявлению</p>

		застрахованного лица в ту страховую медицинскую организацию, где был ранее выдан полис ОМС.
17	Когда нужно переоформлять полис ОМС?	<p>Переоформление полиса осуществляется в случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Изменение фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющих личность, места жительства застрахованного лица; – Изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица; – Установление неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе. <p>Переоформление полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица в страховую медицинскую организацию, при предъявлении документа подтверждающих изменения.</p>
18	Можно ли получить электронный полис ОМС?	Территориальный фонд принимает решение о выдаче застрахованным лицам субъекта Российской Федерации электронных полисов с учетом технической возможности субъекта Российской Федерации по обеспечению их обращения. В настоящее время полисы в форме пластиковой карты (электронные полисы) не выдаются, в связи с отсутствием технического обеспечения для их использования в медицинских организациях Камчатского края.
19	Можно ли оформить электронный полис ОМС, в том числе на детей, подав документы в МФЦ?	К сожалению, техническая возможность для оформления / переоформления электронных полисов ОМС имеется не во всех МФЦ.
20	Если у меня электронный полис ОМС, оформленный в другом регионе, что мне делать при переезде?	<p><i>Уточняющий вопрос:</i> Уточните, пожалуйста, смена места жительства постоянная или временная?</p> <p><u>1. В случае, если временная:</u> Если смена места жительства временная, Вы имеете право на бесплатное оказание медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.</p> <p><u>2. В случае, если постоянная:</u> В случае смены места жительства на постоянной основе, Вам необходимо в течение одного месяца осуществить замену страховой медицинской организации, выбрав из перечня, осуществляющих деятельность по ОМС в регионе Вашего нового места жительства, подав в эту СМО заявление. При обращении в выбранную Вами страховую медицинскую организацию сведения о ней будут внесены на Ваш электронный полис ОМС. Для внесения данных сведений потребуется пин-код, который выдается в конверте вместе с электронным полисом ОМС.</p> <p><i>При необходимости разъяснить:</i> В соответствии с п. 4 ч. 2 ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица обязаны 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.</p>

		<p>Перерегистрация полиса в ином регионе влечет за собой аннулирование прикрепления к медицинской организации в регионе, где ранее был зарегистрирован полис, а также необходимость осуществления замены страховой медицинской организации по факту возвращения в регион, где ранее был зарегистрирован полис и повторное прикрепление к медицинской организации.</p>
<p>Тема 1.1.2 «Обеспечение полисами иностранных граждан, беженцев»</p>		
<p>1</p>	<p>Я - иностранный гражданин, как мне получить полис ОМС?</p>	<p><i>Уточняющий вопрос:</i> Пожалуйста, уточните Ваш статус:</p> <p>1. постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин - лицо, получившее вид на жительство; временно проживающий в РФ иностранный гражданин - лицо, получившее разрешение на временное проживание; беженец – лицо, получившее удостоверение беженца.</p> <p>Иностранные граждане и лица без гражданства, которые постоянно или временно проживают в Российской Федерации и имеют разрешение на временное проживание или вид на жительство, подлежат обязательному медицинскому страхованию и обеспечиваются полисом ОМС.</p> <p>Порядок обеспечения полисом ОМС установлен Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н (ред. от 11.01.2017)</p> <p>Для оформления полиса ОМС необходимо подать заявление в любую выбранную страховую медицинскую организацию, предъявить паспорт иностранного гражданина с отметкой о разрешении на временное проживание и СНИЛС (при наличии) для иностранных граждан, временно проживающих на территории РФ. Для иностранных граждан, постоянно проживающих на территории РФ - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, вид на жительство и СНИЛС (при наличии).</p> <p>Временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства, а также лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», полис ОМС выдается на срок пребывания, установленный в вышеперечисленных документах. Постоянно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства полис ОМС выдается без ограничения срока действия.</p> <p>Иностранный гражданин, имеющий вид на жительство, выданный в одном субъекте РФ, регистрацию по месту жительства в том же субъекте РФ, но фактически проживающий в другом субъекте РФ, вправе обратиться за полисом ОМС на территории субъекта РФ по месту фактического проживания.</p> <p>2. временно пребывающий в РФ иностранный гражданин - лицо, прибывшее в РФ на основании визы или в порядке, не требующем получения визы, и получившее миграционную карту, но не имеющее вида на жительство или разрешения на временное проживание.</p> <p>Иностранные граждане и лица без гражданства, временно пребывающие на территории РФ, обязательному</p>

		<p>медицинскому страхованию не подлежат в соответствии со ст. 10 Федерального закона от 20.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Экстренная медицинская помощь оказывается бесплатно, остальные виды медицинской помощи оказываются на платной основе.</p> <p><i>При необходимости разъяснить:</i></p> <p>Основные понятия правового положения иностранных граждан и лиц без гражданства в РФ определены Федеральным законом от 25.07.2002 N 115-ФЗ (ред. от 31.12.2017) "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.06.2018) и Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1 "О беженцах" (ред. от 31.12.2017).</p> <p>Оказание медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно пребывающим на территории РФ, осуществляется в соответствии с Правилами оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ, утвержденными постановлением Правительства РФ от 06.03.2013 № 186.</p>
2	Я иностранный гражданин, как оформить полис ОМС на моего ребенка?	<p>Если ребенок является иностранным гражданином, то для получения полиса ОМС необходимо предоставить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; - свидетельство о рождении ребенка либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; - разрешение на временное проживание на территории РФ ребенка или вид на жительство ребенка на территории РФ. <p>Если ребенок иностранного гражданина является гражданином РФ, полис ОМС ему оформляется в общем порядке.</p>
3	Я иностранный гражданин стран - членов ЕАЭС, могу ли я получить медицинскую помощь бесплатно?	<p>В соответствии с Договором о Евразийском экономическом союзе (подписан в г. Астане 29.05.2014) (ред. от 08.05.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 12.08.2017) членами ЕАЭС являются Белоруссия, Армения, Казахстан и Киргизия.</p> <p>Приложением N 30 к Договору о Евразийском экономическом союзе установлено:</p> <p>Государство трудоустройства обеспечивает оказание медицинской помощи трудящимся государств-членов и членам семей в порядке и на условиях, которые определены законодательством государства трудоустройства и международными договорами.</p> <p>Государства-члены на своей территории предоставляют трудящимся государств-членов и членам семей права на получение бесплатной скорой медицинской помощи (в экстренной и неотложной формах) в том же порядке и на тех же условиях, что и гражданам государства трудоустройства.</p> <p>В случае продолжения лечения пациента в медицинской организации (учреждении здравоохранения) государства трудоустройства после устранения непосредственной угрозы его жизни или здоровью окружающих оплата фактической стоимости оказанных услуг осуществляется непосредственно пациентом или из иных источников, не запрещенных законодательством государства трудоустройства, по тарифам или договорным ценам.</p>

		<p><u>Иностранным гражданам стран-членов ЕАЭС, временно проживающим в Российской Федерации полис выдается на основании следующих документов: паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; СНИЛС; трудовой договор трудящегося государства-члена ЕАЭС; отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания.</u></p> <p>Медицинская помощь будет оказана в объеме, установленном базовой и территориальной программами обязательного медицинского страхования, в зависимости от того, на территории какого субъекта РФ застрахован гражданин и на территории какого субъекта РФ гражданин получал медицинскую помощь.</p>
4.	Каков срок действия полиса ОМС?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года. 2. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом "О беженцах", выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 9 Правил ОМС. 3. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание. 4. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государством - члена ЕАЭС. 5. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.
Тема 1.2 «О выборе МО»		
1	В какую поликлинику я могу обратиться с полисом ОМС?	<p>В соответствии со ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще, чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).</p> <p>Для получения первичной медицинской помощи в рамках программы ОМС застрахованное лицо имеет право выбрать медицинскую организацию, из числа включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Реестры медицинских организаций размещаются в обязательном порядке на сайтах страховых медицинских организаций и ТФОМС.</p> <p>Также, перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по полису ОМС, указан в</p>

		<p>приложении № 1 к территориальной программе госгарантий, которая размещена на сайтах Минздрава Камчатского края, ТФОМС, страховых медицинских организаций.</p> <p>Для выбора медицинской организации, оказывающей первичную медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением о выборе медицинской организации. При подаче заявления необходимо предоставить документы, в соответствии с приказом Минздрава Камчатского края и ТФОМС Камчатского края от 27.07.2017 № 365/81.</p>
2	<p>Можно ли выбрать поликлинику по месту фактического проживания, а не регистрации?</p>	<p>Первичная медико-санитарная помощь оказывается по территориально-участковому принципу в целях приближения к месту жительства (пребывания) или обучения (в соответствии с приказом Минсоцразвития РФ от 15.05.2012 № 543н (ред. от 30.03.2018) "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" и приказом Минздрава России от 07.03.2018 N 92н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям"). Для получения амбулаторно-поликлинической помощи прикрепление возможно только к одной медицинской организации.</p> <p>Для обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к участковым врачам, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения, с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан.</p> <p><i>При необходимости разъяснить:</i></p> <p>Порядок выбора медицинской организации и прикрепления к ней установлен приказом Минздрава Камчатского края и ТФОМС Камчатского края от 27.07.2017 № 365/81 (размещен на сайте www.kamtfoms.ru в разделе «Нормативные документы» в рубрике «Приказы и письма ТФОМС»).</p> <p>Для реализации права выбора медицинской организации и прикрепления к ней гражданин лично или через своего представителя должен обратиться в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением на имя главного врача, форма которого определена приказом Минздрава Камчатского края и ТФОМС Камчатского края от 27.07.2017 № 365/81 и должна быть представлена медицинской организацией. При подаче заявления необходимо предъявить установленные приказом оригиналы документов.</p> <p>При выборе поликлиники гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому. При этом следует учитывать, что не все медицинские организации осуществляют помощь на дому в случае, если пациент проживает в районе, который не обслуживается данной поликлиникой.</p> <p>Разрешение спорных и конфликтных вопросов о прикреплении между медицинскими организациями (при необходимости) осуществляется Минздравом Камчатского края с привлечением ТФОМС Камчатского края и</p>

		страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин.
3	Каков порядок прикрепления к другой поликлинике?	<p>Порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Камчатском крае, утвержден приказом Минздрава Камчатского края и ТФОМС Камчатского края от 27.07.2017 № 365/81(размещен на сайте www.kamtfoms.ru в разделе «Нормативные документы» в рубрике «Приказы и письма ТФОМС»).</p> <p>Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением установленного образца о выборе медицинской организации.</p> <p>При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами РФ: <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении; - документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; - полис обязательного медицинского страхования, выданный ребенку; - страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка (далее - СНИЛС) (при наличии); 2) для граждан РФ в возрасте четырнадцати лет и старше: <ul style="list-style-type: none"> - паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта; - полис обязательного медицинского страхования; - СНИЛС (при наличии); 3) для представителя гражданина: <ul style="list-style-type: none"> - документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя. 4) в случае изменения места жительства: <ul style="list-style-type: none"> - документ, подтверждающий факт изменения места жительства (в случае замены медицинской организации чаще одного раза в год). <p>Заявление рассматривается руководителем медицинской организации, и в установленные сроки (в течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой застрахованное лицо находилось на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении) застрахованному лицу (его представителю) в письменной (посредством почтовой связи, электронной связи) или устной форме (лично или посредством телефонной связи) направляется информация о принятии его на медицинское обслуживание.</p>
4	Нужно ли для получения медицинской помощи	<p><i>Уточняющий вопрос:</i> Уточните, Вы переехали на постоянное место жительства или находитесь временно (в отпуске или командировке)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Переезд на постоянное место жительства</u>

	<p>прикрепляться к поликлинике в Камчатском крае, если я застрахован на другой территории?</p>	<p>В соответствии с приказами Минздрава России, регламентирующими проведение профилактических мероприятий, гражданин проходит профилактические мероприятия (диспансеризация, профилактические осмотры, медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансерное наблюдение, получение направления на плановую госпитализацию и т.п.) в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь. Для получения плановой первичной медико-санитарной помощи, в том числе профилактических мероприятий, гражданин должен прикрепиться к медицинской организации Камчатского края.</p> <p><u>2. В Камчатском крае находится временно</u></p> <p>Нет, не надо. Медицинская помощь в экстренной форме (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента) и неотложной форме (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента) будет оказана бесплатно по полису ОМС, выданному в другом регионе, в ближайшем лечебном учреждении.</p> <p><i>При необходимости разъяснить:</i></p> <p>В соответствии с ч. 2 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).</p> <p>В соответствии с приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 № 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» и Порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Камчатском крае, утвержденного приказом Минздрава Камчатского края и ТФОМС Камчатского края от 27.07.2017 № 365/81 (далее – Порядок), граждане других регионов имеют право на прикрепление к медицинским организациям Камчатского края.</p> <p>Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением установленного образца о выборе медицинской организации, с предъявлением оригиналов документов, указанных в Порядке.</p>
5	<p>Какие документы должен предъявить</p>	<p>Иностранцы граждане, застрахованные по ОМС в РФ, имеют право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора</p>

<p>иностранный гражданин при прикреплении к поликлинике?</p>	<p>гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».</p> <p>Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением установленного образца о выборе медицинской организации.</p> <p>При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:</p> <ol style="list-style-type: none">1) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 N 45284 "О беженцах":<ul style="list-style-type: none">- удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу, с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ;- полис обязательного медицинского страхования;- СНИЛС (при наличии);2) для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ:<ul style="list-style-type: none">- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;- вид на жительство;- полис обязательного медицинского страхования;- СНИЛС (при наличии);3) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в РФ:<ul style="list-style-type: none">- документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;- вид на жительство;- полис обязательного медицинского страхования;- СНИЛС (при наличии);4) для иностранных граждан, временно проживающих в РФ:<ul style="list-style-type: none">- паспорт иностранного гражданина либо 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;- полис обязательного медицинского страхования;- СНИЛС (при наличии);5) для лиц без гражданства, временно проживающих в РФ:
--	---

		<p>- 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 либо документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;</p> <p>- полис обязательного медицинского страхования;</p> <p>- СНИЛС (при наличии).</p>
Тема 1.3 «О выборе врача»		
1	Могу ли я выбрать/заменить врача в поликлинике?	<p>В соответствии со ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданин имеет право на выбор врача с учетом согласия врача.</p> <p>В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением замены медицинской организации) врача-терапевта, врача – терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.</p> <p>В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 407н "Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача", гражданин имеет право на замену лечащего врача (за исключением случаев оказания специализированной медицинской помощи) путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации, с указанием причины замены лечащего врача.</p> <p>Руководитель медицинской организации (ее подразделения) в течение трех рабочих дней со дня получения заявления, информирует пациента в письменной или устной форме (посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о врачах соответствующей специальности и сроках оказания медицинской помощи указанными врачами. На основании информации, представленной руководителем медицинской организации (ее подразделения) пациент осуществляет выбор врача.</p>
2	Могу ли я выбрать/заменить врача в стационаре?	<p>В соответствии со ст. 21 Федерального закона от 21 ноября 2011г № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданин имеет право на выбор врача с учетом согласия врача.</p> <p>В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 407н "Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача", в случае требования пациента о замене лечащего врача при оказании специализированной медицинской помощи пациент обращается к руководителю соответствующего подразделения медицинской организации с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача. Руководитель подразделения медицинской организации в течение трех рабочих дней со дня получения заявления информирует пациента в письменной или устной форме (посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о врачах соответствующей специальности, работающих в подразделении медицинской</p>

		<p>организации. На основании информации, представленной руководителем подразделения медицинской организации пациент осуществляет выбор врача.</p> <p>Возложение функций лечащего врача на врача соответствующей специальности осуществляется с учетом его согласия.</p>
Тема 1.4 «О выборе или замене СМО»		
1	Как реализовать право на выбор страховой компании?	<p>С 1 января 2011г. гражданин может выбрать СМО там, где он фактически проживает, вне зависимости от регистрации по месту жительства. Для получения полиса ОМС гражданин или его представитель (по доверенности) подает в СМО заявление о выборе (замене) СМО. Реестр СМО, участвующих в сфере ОМС Камчатского края, размещен на сайтах Федерального фонда и ТФОМС Камчатского края.</p> <p>Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) СМО, такое лицо считается застрахованным той СМО, в которой он был застрахован ранее.</p>
2	Где найти информацию о СМО, работающих в сфере ОМС на территории Камчатского края?	<p>Реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края, а также адреса пунктов выдачи (замены) полисов ОМС в районах края размещены на официальном сайте Камчатского краевого фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет» www.kamtfoms.ru. Страховые медицинские организации размещают информацию о своей деятельности на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», на стендах в медицинских организациях, буклетах, листовках, в средствах массовой информации.</p>
3	Нужно ли уведомлять СМО об изменении паспортных данных, места жительства и в какие сроки?	<p>В соответствии с частью 2 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные 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.</p>
4	Нужно ли менять СМО при смене места жительства?	<p>В соответствии с п. 3, 4 ч. 2 ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016г.) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли; 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.</p> <p>Не нужно менять СМО при кратковременном выезде за пределы территории страхования (отпуск, командировка и т.п.).</p>
5	Какие СМО работают в сфере ОМС на	<p>На территории края в сфере обязательного медицинского страхования с 24.11.2017 работает одна страховая медицинская организация - Камчатский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»</p>

территории Камчатского края? Назовите их телефоны и адреса, где выдают полисы ОМС.	Адреса пунктов выдачи полисов Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»			
	№ п/п	Адрес пункта выдачи	Телефон (с кодом города)	График работы
	1	Центральный офис Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Зеркальная, д. 49	8 -800-100-07-02	Понедельник – пятница: 9.00 – 19.00, перерыв: 13.00-14.00. Суббота, воскресенье: выходные.
	2	Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Океанская, д. 123, 3 этаж, холл (ГБУЗ КК "Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 2")	8 -800-100-07-02	Вторник, четверг: 11.10 - 16.30, перерыв 13.00-14.00
	3	Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Войцешека, д. 5, холл 2 этаж (ГБУЗ КК "Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 1")	8 -800-100-07-02	вторник, среда, четверг: 09.00 - 12.40
	4	Камчатский край, г. Елизово, ул. Ленина, 42 (ГБУЗ КК "Елизовская стоматологическая поликлиника", каб. 22)	8 -800-100-07-02	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
	5	Камчатский край, г. Вилучинск, ул. Победы, 5	8 -800-100-07-02	Понедельник – четверг: 11.30 – 18.00 Вторник – среда: 09.00-18.00 перерыв 13.00-14.00 Пятница: 09.00 – 13.00, без перерыва. Суббота, воскресенье: выходные
	6	Камчатский край, Быстринский район, с. Эссо, ул. Нагорная, 1	8 -800-100-07-02	Понедельник – пятница: 9.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
	7	Камчатский край, Мильковский район, с. Мильково, ул. Советская, 66	8 -800-100-07-02	Понедельник – пятница: 11.00 – 13.00. Суббота, воскресенье: выходные
8	Камчатский край, Соболевский район, с. Соболево, ул. Родина, 12	8 -800-100-07-02	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота,	

				воскресенье: выходные	
		9	Камчатский край, Усть-Камчатский район, п. Усть-Камчатск, ул. Советская, 4А	8 -800-100-07-02	Понедельник – пятница: 9.00 – 15.00, Суббота, воскресенье: выходные
		10	Камчатский край, Усть-Камчатский район, п. Ключи, ул. Партизанская, 1	8 -800-100-07-02	Понедельник – пятница: 9.00 – 15.30, перерыв 13.00 – 13.30. Суббота, воскресенье: выходные
		11	Камчатский край, Усть-Большерецкий район, с. Усть-Большерецк, ул. Космонавтов, 15	8 -800-100-07-02	Среда-четверг: 09.00 – 13.00
		12	Камчатский край, Тигильский район, пгт. Палана, ул. Оухова, 12	8 -800-100-07-02	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
		13	Камчатский край, Карагинский район, с. Оссора ул. Строительная, 5	8 -800-100-07-02	Понедельник – пятница: 8.00 – 13.00, Суббота, воскресенье: выходные
		14	Камчатский край, Олюторский район, с. Тиличики, ул. Центральная, 22	8 -800-100-07-02	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.00, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
		15	Камчатский край, Тигильский район, с. Тигиль, ул. Толстихина, 13	8 -800-100-07-02	Понедельник - пятница: 09.00 - 17.00. перерыв 13.00-14.00 Суббота, воскресенье: выходные.
		16	Камчатский край, Пенжинский район, с. Манилы, ул. Центральная 17, кв.2	8 -800-100-07-02	Понедельник - пятница: 10.00 - 13.00. Суббота, воскресенье: выходные.
		17	Камчатский край, Усть-Большерецкий район, п. Озерновский, ул. Рабочая,7	8 -800-100-07-02	Понедельник - пятница: 09.00 - 10.00. Суббота, воскресенье: выходные.
		18	Камчатский край, Алеутский район, с. Никольское, ул. 50 лет Октября, 5А - 15Б	8 -800-100-07-02	Понедельник - пятница 09.00 - 17.00 перерыв 13.00-14.00. Суббота, воскресенье: выходные.
6	У меня полис Филиала ООО «Страховая компания	24.11.2017 была завершена реорганизация, в результате которой произошло присоединение ООО «Страховая компания «ДАЛЬ-РОСМЕД» к АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед». Камчатский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» является полным правопреемником Филиала ООО «Страховая компания «ДАЛЬ-РОСМЕД»			

	<p>«ДАЛЬ-РОСМЕД» в г. Петропавловск Камчатский. Надо ли мне его менять?</p>	<p>в г. Петропавловск-Камчатский в части сохранения и соблюдения всех прав и обязанностей компании перед застрахованными. Таким образом, страховые медицинские полисы единого образца, оформленные ранее в страховой компании Филиале ООО «ДАЛЬ-РОСМЕД» в г. Петропавловск-Камчатский на территории Камчатского края являются действительными и не подлежат замене по данному основанию.</p> <p>Однако если Вы выезжаете за пределы Камчатского края или хотите поменять полис Филиала «Страховая компания ООО «ДАЛЬ-РОСМЕД» в г. Петропавловск-Камчатский на полис Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Вам необходимо обратиться в ближайший пункт выдачи полисов Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед».</p> <p>Специалист проверит Ваши персональные данные, внесет недостающую информацию в Единый регистр застрахованных лиц. На оборотной стороне полиса ОМС проставит печать Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед».</p> <p>Если у застрахованного лица имеется электронный (пластиковый) полис, и есть пин-код к нему (находится в конверте, в котором выдавался полис), в страховой медицинской компании страховой полис будет перечислен. Если пин-кода нет, то в программе будут изменены данные полиса, и сменена наклейка с логотипом страховой компании.</p>
<p>об организации работы МО</p>		
1	<p>Что делать, если медицинская организация не может провести пациенту необходимые обследования или отсутствует врач необходимого профиля?</p>	<p>В этом случае лечащий врач, назначивший пациенту обследование или консультацию специалиста по медицинским показаниям, если она входит в Территориальную программу обязательного медицинского страхования, обязан оформить направление в другое медицинское учреждение, работающее в системе ОМС. Там бесплатно в плановом порядке будут проведены необходимые обследование или консультация. В случае затруднения с предоставлением консультации необходимо обратиться к заведующему отделением, главному врачу или его заместителю, к страховому представителю страховой медицинской организации в часы и дни его работы, а также в страховую медицинскую организацию, выдавшую Вам полис ОМС.</p> <p>Телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482, 8-800-100-07-02.</p>
2	<p>Большая очередь на необходимые обследования или запись к врачам-специалистам. Что делать?</p>	<p>В соответствии с пунктом 7 Приложения № 7 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов на территории Камчатского края определены следующие сроки ожидания оказания медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию (в часы работы медицинской организации); - сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должно превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию; - сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 календарных дней со дня

		<p>обращения пациента в медицинскую организацию;</p> <ul style="list-style-type: none"> - сроки ожидания приема врача - специалиста при наличии талона на прием не должно превышать (+) 20 минут от времени, указанного в талоне (исключение: оказание медицинской помощи по экстренным показаниям); - сроки ожидания консультаций врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи в плановой форме не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию; - сроки ожидания проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения; - сроки ожидания проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме не должны превышать 30 календарных дней, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – 14 календарных дней со дня назначения; - сроки ожидания оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной (в том числе, специализированной медицинской помощи за пределами Камчатского края), в стационарных условиях в плановой форме не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями не должны превышать 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния); - сроки ожидания 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, кроме отдельных труднодоступных населенных пунктов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Камчатского края. <p>Ответственность за организацию работы медицинской организации возложена на ее руководителя. В случае нарушения сроков ожидания обследования или консультации необходимо обратиться к заведующему отделением, главному врачу или его заместителю, к страховому представителю страховой медицинской организации в часы и дни его работы, а также в страховую медицинскую организацию.</p> <p>Телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482, 8-800-100-07-02.</p> <p>По данному вопросу у Вас есть право обратиться в Министерство здравоохранения Камчатского края. Телефон «горячей линии» по вопросам организации оказания медицинской помощи населению: 8(4152) 22-05-18.</p>
3	У меня не получается записаться на прием к врачу в электронном виде. Что делать?	<p>Министерством здравоохранения Камчатского края на базе КГКУЗ «Камчатский краевой медицинский информационно – аналитический центр» организована «горячая линия» для оперативного решения вопросов, связанных с осуществлением записи на приём, к врачу в электронном виде.</p> <p>Телефон «горячей линии»: 8(4152) 22-86-33.</p>

4	<p>Я хочу ознакомиться со своей медицинской документацией. Могут ли мне выдать ее на руки?</p>	<p>Нет, на руки пациенту медицинская документация не выдается.</p> <p>В соответствии с Порядком ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июня 2016г. N 425н, <u>ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации</u>, предназначенном для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией.</p> <p>Основаниями для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией является поступление в медицинскую организацию от пациента либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления.</p> <p>Максимальный срок ожидания пациентом либо его законным представителем посещения кабинета для ознакомления с медицинской документацией с момента регистрации в медицинской организации письменного запроса не должен превышать сроков, установленных требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации (в течение 30 дней).</p> <p>Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и передвижение которых по медицинским причинам ограничено, в том числе ввиду назначенного режима лечения, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, в котором они пребывают.</p> <p>При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема (посещения на дому).</p> <p>В случае отказа медицинской организации предоставить медицинскую документацию для ознакомления необходимо обратиться к страховому представителю страховой медицинской организации в часы и дни его работы или в страховую медицинскую организацию.</p> <p>Телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482. 8-800-100-07-02.</p> <p><i>При необходимости разъяснить:</i></p> <p>В соответствии со статьей 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.</p> <p>Пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.</p>
---	--	--

5	Какую помощь застрахованным лицам оказывают страховые представители в медицинских организациях?	<p>В соответствии с Приказом № 26 п. 3 от 18.11.2013г. территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края об утверждении Положения о представителях страховых медицинских организаций в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Камчатского края основные направления деятельности представителя страховой медицинской организацией по защите интересов граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Консультирование граждан по вопросам получения бесплатной и доступной медицинской помощи. - Оперативное решение вопросов получения бесплатной и доступной медицинской помощи. - Оценка удовлетворенности населения медицинскими услугами, выявление нарушения прав застрахованных лиц на получение бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи. - Информирование граждан и территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края о выявленных нарушениях и принятых мерах в пределах полномочий страховой медицинской организации.
о санитарно-гигиеническом состоянии МО		
1	Что делать, если в медицинской организации не соблюдается санитарно-гигиенические нормы?	<p>В случае несоблюдения санитарно-гигиенического состояния медицинской организации застрахованному лицу или его представителю необходимо обратиться к заведующему отделением, поликлиникой, заместителю главного врача по лечебной работе, главному врачу, к страховому представителю страховой медицинской организации в часы и дни его работы. При невозможности решить вопрос в медицинском учреждении, можно позвонить по телефону горячей линии или написать заявление в страховую медицинскую организацию. Телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482, 8-800-100-07-02.</p> <p>По данному вопросу у Вас есть право обратиться в Министерство здравоохранения Камчатского края. Телефон «горячей линии» по вопросам организации оказания медицинской помощи населению: 8(4152) 22-05-18.</p>
об этике и деонтологии медицинских работников		
1	Что делать, если медицинские работники допускают грубость и невнимательность к пациентам?	<p>В случае нарушении врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации застрахованному лицу или его представителю необходимо обратиться к заведующему отделением, поликлиникой, заместителю главного врача по лечебной работе, главному врачу, к страховому представителю страховой медицинской организации в часы и дни его работы. При невозможности решить вопрос в медицинском учреждении, можно позвонить по телефону горячей линии или написать заявление в страховую медицинскую организацию, Телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482, 8-800-100-07-02.</p> <p>По данному вопросу у Вас есть право обратиться в Министерство здравоохранения Камчатского края. Телефон «горячей линии» по вопросам организации оказания медицинской помощи населению: 8(4152) 22-05-18.</p>
о КМП		
1	Пациенту оказана	<i>Уточняющий вопрос:</i> на территории какого субъекта РФ гражданин застрахован в системе ОМС?

	<p>некачественная медицинская помощь в Камчатском крае, что делать?</p>	<p><u>1. застрахован в Камчатском крае</u> Если пациент считает, что ему оказана некачественная медицинская помощь, ему необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию и написать заявление о проведении экспертизы качества медицинской помощи. При поступлении такого обращения от застрахованного лица или его представителя страховая медицинская организация организует и проводит целевую экспертизу качества медицинской помощи. Результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи будут направлены в адрес застрахованного лица. Телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482, 8-800-100-07-02.</p> <p><u>2. застрахован за пределами Камчатского края</u> Если пациент считает, что ему оказана некачественная медицинская помощь необходимо, написать заявление на проведение экспертизы качества в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края, находящийся по адресу: Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пр. Карла Маркса, д.35. Телефон «горячей линии» 8 (4152) 43-41-67, 8-800-505-60-52. Территориальным фондом Камчатского края поступившее обращение будет организована и проведена целевая экспертиза качества медицинской помощи. Результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи будут направлены в адрес застрахованного лица. Проведение целевой экспертизы качества в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2016 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращения граждан Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан».</p>
2	<p>Что такое очная экспертиза качества медицинской помощи?</p>	<p>По обращению застрахованного лица или его представителя целевая экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи – это и есть очная экспертиза качества медицинской помощи. Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение или минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи с уведомлением администрации медицинской организации может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а так же консультирования застрахованного лица. При консультировании обратившееся застрахованное лицо информируется о состоянии его здоровья, степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям с разъяснением его прав в соответствии с законодательством РФ.</p>

3	Если пациент застрахован в Камчатском крае, но находился на лечении за пределами Камчатского края и ему оказана некачественная медицинская помощь, что делать?	<p>Если пациент застрахован в Камчатском крае, но находился на лечении за пределами Камчатского края и считает, что ему оказана некачественная медицинская помощь, ему необходимо написать заявление на проведение целевой экспертизы качества в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края, находящийся по адресу: Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пр. Карла Маркса, д.35. Телефон «горячей линии» 8 (4152) 43-41-67, 8-800-505-60-52.</p> <p>Территориальным фондом Камчатского края поступившее обращение будет направлено в территориальный фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи, который организует и проведет целевую экспертизу качества медицинской помощи. Результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи будут направлены в адрес застрахованного лица.</p>
о лекарственном обеспечении при оказании медицинской помощи		
1	Какие лекарственные средства и расходные материалы предоставляются в стационаре бесплатно?	<p>В соответствии с Приложением 9 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов на территории Камчатского края при оказании медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара обеспечение граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, осуществляется бесплатно для пациента.</p> <p>Обеспечение лекарственными препаратами, необходимыми для оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара осуществляется препаратами для медицинского применения и медицинскими изделиями, которые предусмотрены <u>стандартами медицинской помощи</u>.</p> <p>При оказании медицинской помощи в рамках Территориальной программы в случаях типичного течения болезни назначение лекарственных препаратов осуществляется исходя из тяжести и характера заболевания, согласно утвержденным в установленном порядке стандартам медицинской помощи.</p> <p>Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии, используется ответственными лицами при осуществлении процедуры закупки.</p>
2	Врач назначил инъекции в поликлинике и выписал много лекарственных	<p>Нет, не оплачивается.</p> <p><i>При необходимости разъяснить:</i></p> <p>В соответствии с Приложением 9 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов на территории Камчатского края обеспечение граждан лекарственными препаратами, медицинскими</p>

	<p>препаратов. Оплачивается ли приобретение лекарственных препаратов за счет средств ОМС?</p>	<p>изделиями, донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, осуществляется бесплатно для пациента при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях.</p> <p>Лекарственное обеспечение амбулаторно-поликлинической помощи осуществляется за счет личных средств граждан, за исключением лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством Камчатского края; Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, указан в Приложении № 14 к Территориальной программе, с 50% скидкой – в Приложении № 15.</p> <p>Вопросы льготного обеспечения медикаментами (лекарственное обеспечение за счет федерального и регионального бюджета, отсутствие льготных препаратов в аптеках, отказ в выписке льготного рецепта, синонимическая замена препарата, длительное отсроченное обслуживание) не относятся к системе ОМС. По данному вопросу Вам необходимо обратиться в Министерства здравоохранения Камчатского края. Телефоны «горячей линии» Министерства здравоохранения Камчатского края по вопросам лекарственного обеспечения, в том числе обезболивания: 8(4152) 42-16-25, 42-83-57, 41-21-48.</p> <p>КГКУЗ «Камчатский территориальный центр медицины катастроф» организована круглосуточная "горячая линия" для приема обращений граждан по организации оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения, в том числе обезболивания. Телефон «горячей линии»: 8(4152) 22-05-18.</p> <p>Кроме того, "горячая линия" для приема обращений граждан по вопросам лекарственного обеспечения, в том числе обезболивания организована и Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Камчатскому краю. Телефон «горячей линии»: 8(4152) 49-02-11.</p>
3	<p>Что делать, если в стационаре мне пришлось приобретать за свой счет лекарственные препараты и медицинские изделия?</p>	<p>Если пациенту пришлось приобретать назначенные врачом в круглосуточном или дневном стационаре препараты и медицинские изделия за свой счет, он может обратиться с жалобой в страховую медицинскую организацию (если медицинская помощь оказана на территории страхования) или в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (если медицинская помощь оказана вне территории страхования).</p> <p>Телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482, 8-800-100-07-02.</p> <p>Телефон «горячей линии» Территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края 8(4152) 43-41-67, 8-800-505-60-52</p>
4	<p>Должны ли моему 2х летнему ребенку</p>	<p>В соответствии с Приложением № 14 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021</p>

	выписываться рецепты на бесплатное приобретение лекарств, и если да, то на какие?	годов детям первых трех лет жизни, а также детям из многодетных семей в возрасте до 6 лет при амбулаторном лечении <u>все лекарственные препараты</u> отпускаются по рецептам врачей бесплатно.
5	Я отношусь к льготной категории граждан в части лекарственного обеспечения. Куда мне обратиться по вопросам обеспечения льготными медикаментами?	<p>Вопросы льготного обеспечения медикаментами (лекарственное обеспечение за счет федерального и регионального бюджета, отсутствие льготных препаратов в аптеках, отказ в выписке льготного рецепта, синонимическая замена препарата, длительное отсроченное обслуживание) не относятся к сфере ОМС.</p> <p>По данному вопросу Вам необходимо обратиться в Министерства здравоохранения Камчатского края. Телефоны горячей линии Министерства здравоохранения Камчатского края: 8(4152) 42-16-25, 42-83-57, 41-21-48 по вопросам лекарственного обеспечения, в том числе обезболивания.</p> <p>КГКУЗ «Камчатский территориальный центр медицины катастроф» организована круглосуточная "горячая линия" для приема обращений граждан по организации оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения, в том числе обезболивания. Телефон «горячей линии»: 8(4152) 22-05-18.</p> <p>Кроме того, "горячая линия" для приема обращений граждан по вопросам лекарственного обеспечения, в том числе обезболивания организована и Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Камчатскому краю. Телефон «горячей линии»: 8(4152) 49-02-11.</p>
6	Я считаю, что в больнице / аптеке мне предложили некачественное лекарственное средство, куда мне обратиться?	<p>Качество лекарственных препаратов, лицензирование фармацевтической деятельности, розничная торговля лекарственными средствами не относятся к сфере ОМС.</p> <p>Решение этих вопросов относится к компетенции Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Камчатскому краю, которым организована «горячая линия» для приема обращений граждан по вопросам лекарственного обеспечения, в том числе обезболивания.</p> <p>Телефон «горячей линии»: 8(4152) 49-02-11.</p> <p>КГКУЗ «Камчатский территориальный центр медицины катастроф» организована круглосуточная "горячая линия" для приема обращений граждан по организации оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения, в том числе обезболивания. Телефон «горячей линии»: 8(4152) 22-05-18.</p>
7	Мой родственник тяжело болен и нуждается в обезболивании наркотическими препаратами. Куда	<p>Необходимость в назначении обезболивающей терапии, в том числе сильнодействующими наркотическими (психотропными) лекарственными препаратами, определяется лечащим врачом, либо фельдшером (акушеркой), который оформляет рецептурный бланк на необходимый лекарственный препарат. При этом оформить рецепт может как врач, либо фельдшер (акушерка) стационара, так и поликлиники, к которой прикреплен пациент (при условии, что такая обязанность возложена на него приказом главного врача лечебного учреждения).</p> <p>В соответствии с Приказом Минздрава России от 1 августа 2012г. N 54н (ред. от 31.10.2017) срок действия рецепта</p>

мне обратиться?	<p>на отпуск наркотических средств и психотропных веществ составляет 15 дней.</p> <p>Отпускать наркотические средства и психотропные вещества разрешено аптекам и медицинским организациям (их обособленным подразделениям), расположенным в отдаленных населенных пунктах, в которых отсутствуют аптеки.</p> <p>Наркотические и психотропные лекарственные препараты списка II, за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем (трансдермальных пластырей), отпускаются при предъявлении документа, удостоверяющего личность, лицу, указанному в рецепте, его законному представителю или лицу, имеющему оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации доверенность на право получения таких наркотических и психотропных лекарственных препаратов.</p> <p><i>При необходимости разъяснить:</i></p> <p>Порядок оказания анальгезирующей помощи в Камчатском крае установлен приказом Минздрава Камчатского края от 20.04.2015 № 283 «О внедрении Методических рекомендаций по организации анальгезирующей помощи населению Камчатского края».</p> <p>Сведения о больных, выписываемых из онкологического диспансера (круглосуточного стационара, хосписа), с указанием выписанного наркотического средства и психотропного вещества, дозировки и кратности его приема направляются в учреждение по месту жительства пациента (далее - в прикрепленную аптечную организацию) не менее чем за сутки до выписки больного из стационара.</p> <p>При выписывании из стационара пациента, получающего наркотические средства и психотропные вещества, специальные рецептурные бланки на наркотические средства и психотропные вещества могут (либо наркотические средства и психотропные вещества) выдаваться на руки больному или доверенному лицу больного на срок приема наркотических средств и психотропных веществ до 15 дней.</p> <p>Информация о количестве выписанного или выданного на руки больному или его доверенному лицу наркотического средства или психотропного вещества оперативно направляется сотрудниками стационара (диспансера) в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства.</p> <p>В круглосуточном режиме 7 дней в неделю анальгезирующая терапия осуществляется бригадами скорой медицинской помощи, вызов бригады по телефону «03»</p> <p>Если пациент считает, что ему назначено неадекватное обезболивание, ему необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию и написать заявление о проведении экспертизы качества медицинской помощи.</p> <p>При поступлении такого обращения от застрахованного лица или его представителя страховая медицинская организация организует и проводит целевую экспертизу качества медицинской помощи. Результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи будут направлены в адрес застрахованного лица.</p> <p>Телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482</p>
-----------------	---

		<p>По данному вопросу Вы можете обратиться в Министерства здравоохранения Камчатского края. Телефоны «горячей линии» Министерства здравоохранения Камчатского края по вопросам лекарственного обеспечения, в том числе обезболивания: 8(4152) 42-16-25, 42-83-57, 41-21-48.</p> <p>КГКУЗ «Камчатский территориальный центр медицины катастроф» организована круглосуточная "горячая линия" для приема обращений граждан по организации оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения, в том числе обезболивания. Телефон «горячей линии»: 8(4152) 22-05-18.</p>
об отказе в оказании медицинской помощи по программам ОМС		
1	Куда обращаться, если в медицинском учреждении Камчатского края отказывают в бесплатном оказании медицинской помощи?	<p>В случаях отказа в бесплатном оказании медицинской помощи обратитесь за разъяснениями к заведующему отделением, поликлиникой, заместителю главного врача по лечебной работе, главному врачу, к страховому представителю страховой медицинской организации в часы и дни его работы .</p> <p>При невозможности решить вопрос в медицинском учреждении, обратитесь в страховую медицинскую организацию, в которой застрахованы (которая выдала Вам полис ОМС), адрес и телефон страховой медицинской организации указаны на полисе ОМС.</p> <p>Телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482, 8-800-100-07-02.</p>
2	Куда обращаться, если в медицинском учреждении за пределами Камчатского края отказывают в бесплатном оказании медицинской помощи?	<p>При отказе в бесплатном оказании медицинской помощи за пределами Камчатского края, пациент может обратиться в территориальный фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи (номера телефонов «горячей линии» фондов размещены на их официальных сайтах в сети «Интернет»), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края, находящийся по адресу: Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пр. Карла Маркса (телефон «горячей линии» 8 (4152) 43-41-67), 8-800-505-60-52 либо в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС (телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482, 8-800-100-07-02..</p>
о получении медицинской помощи по базовой программе ОМС вне территории страхования		
1	Можно ли получить медицинскую помощь по полису ОМС при выезде в другие регионы России, если полис ОМС выдан в Камчатском крае?	<p>В соответствии со статьей 45 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном <u>базовой программой</u> обязательного медицинского страхования. Таким образом, полис ОМС – документ, гарантирующий бесплатное получение медицинской помощи на всей территории России, независимо о того на какой территории он выдан.</p> <p>Бесплатная медицинская помощь жителям другого региона России (вне территории страхования) оказывается медицинскими учреждениями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования, <u>в объеме и на</u></p>

условиях базовой программы обязательного медицинского страхования.

При обращении в медицинское учреждение необходимо предъявить паспорт и страховой медицинский полис. По экстренным показаниям медицинская помощь должна быть оказана и без документов.

В случае отказа в предоставлении медицинской помощи в установленном порядке по полису ОМС, выданном в другом субъекте РФ, следует обращаться в Территориальный фонд ОМС того субъекта, в котором отказано в оказании медицинской помощи, или в страховую медицинскую организацию, в которой Вы застрахованы.

Однако следует учитывать, что в соответствии с приказами Минздрава России, регламентирующими проведение профилактических мероприятий, гражданин проходит профилактические мероприятия (диспансеризация, профилактические осмотры, медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансерное наблюдение, получение направления на плановую госпитализацию и т.п.) в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Уточняющий вопрос: Уточните, Вы переехали на постоянное место жительства или находитесь временно (в отпуске или командировке)?

1. Переезд на постоянное место жительства

Для получения плановой первичной медико-санитарной помощи, в том числе профилактических мероприятий, гражданин должен прикрепиться к медицинской организации другого региона.

2. В другом регионе находится временно

Прикрепиться к медицинской организации другого региона не надо. Медицинская помощь в экстренной форме (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента) и неотложной форме (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента) будет оказана бесплатно по полису ОМС, выданному в Камчатском крае, в ближайшем лечебном учреждении.

При необходимости разъяснить:

В соответствии с ч. 2 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории

		<p>субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» и Порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Камчатском крае, утвержденного приказом Минздрава Камчатского края и ТФОМС Камчатского края от 27.07.2017 № 365/8 (далее – Порядок), граждане других регионов имеют право на прикрепление к медицинским организациям Камчатского края.</p> <p>Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением установленного образца о выборе медицинской организации, с предъявлением оригиналов документов, указанных в Порядке.</p>
2	<p>Что делать пациенту, если пришлось приобретать лекарства за свои средства при обследовании и лечении в стационаре (круглосуточном), в дневном стационаре?</p>	<p>В соответствии с частью 3 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <u>не подлежат оплате за счет личных средств граждан:</u></p> <p>1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;</p> <p>2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;</p> <p>Если лекарственное средство входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и стандарты лечения, назначено лечащим врачом, о чем есть запись в медицинской документации, если лекарственное средство уже приобретено, то с заявлением, к которому должны быть приложены документы, подтверждающие оплату, надо обратиться к главному врачу или в страховую медицинскую организацию до решения вопроса о <u>возмещении денежных средств в досудебном порядке</u>, либо в территориальный фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи (номера телефонов «горячей линии» фондов размещены на их официальных сайтах в сети «Интернет»), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края, находящийся по адресу: Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пр. Карла Маркса (телефон «горячей линии» 8 (4152) 43-41-67, 8-800-505-60-52.</p>
о взимании денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС		
1	<p>Можно ли вернуть</p>	<p>В соответствии с Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам</p>

	<p>деньги за оплаченную медицинскую услугу, если по программе обязательного медицинского страхования она должна быть бесплатной?</p>	<p>медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов , утвержденной Правительством Камчатского края 20 декабря 2018 г. N 541-П, предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) по медицинским показаниям (по направлению лечащего врача) в учреждениях здравоохранения края, работающим в системе обязательного медицинского страхования, предоставляется пациентам за счет средств обязательного медицинского страхования. Для организации возврата денежных средств, неправомерно потраченных за медицинскую услугу по территориальной программе обязательного медицинского страхования, необходимо обратиться с письменным заявлением в страховую медицинскую организацию, выдавшую Вам полис ОМС.</p>
2	<p>Медицинская организация предлагает оплатить обследование или лечение, назначенное лечащим врачом. Правомерно ли это?</p>	<p>Правилами предоставления платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г № 1006 установлено, что при предложении предоставления платных услуг (заключения договора) застрахованному лицу (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи <u>без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.</u></p> <p>Отказ застрахованного от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.</p> <p>Если лечебное учреждение предлагает вам оплатить услуги, обязательно обратитесь в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС (телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482), либо (если медицинская помощь оказана вне территории страхования) в территориальный фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи (номера телефонов «горячей линии» фондов размещены на их официальных сайтах в сети «Интернет»), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края, находящийся по адресу: Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пр. Карла Маркса (телефон «горячей линии» 8 (4152) 43-41-67) и удостоверьтесь, что данная услуга действительно может быть оказана только на платной основе.</p> <p>Если вы уже заплатили за медицинские услуги, необходимо сохранить чеки (или же другие платежные документы, подтверждающие оплату), чтобы потом обратиться в страховую медицинскую компанию или территориальный фонд ОМС с заявлением о рассмотрении вопроса о законности взимания денег.</p>
3	<p>Врач направила на УЗИ. Должна ли я брать за свой счет перчатки, пеленки, насадку на УЗИ,</p>	<p>В соответствии с соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Камчатского края на 2019, медицинский расходный материал (резиновые перчатки, пеленки, насадки на УЗИ) включен тариф медицинской услуги и оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.</p> <p>С целью решения вопроса о правомерности приобретения за счет личных средств пациента расходного материала Вам</p>

	почему поликлинику не обеспечивают расходным материалом?	необходимо обратиться к руководству медицинской организации или в страховую медицинскую организацию, где Вы застрахованы. Телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482, 8-800-100-07-02.
4	Стою на учете по беременности. Врач назначил введение иммуноглобулина в стационарных условиях. Оказывается, ли эта услуга за счет ОМС?	Согласно ст. 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь в Российской Федерации оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе разрабатываемых Минздравом России стандартов медицинской помощи. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н, предусматривает введение иммуноглобулина человека антирезус RHO[D] в 28–30 недель при резус-положительной крови отца ребенка и отсутствии резус-антител в крови матери. В соответствии с разделом 2 п. 2.1.2. Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя 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, а также медицинскую реабилитацию. В соответствии с разделом 2 п. 2.4. Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год обеспечение лекарственными препаратами изделиями медицинского назначения в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществляется согласно перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – ПЖНВЛП), с соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, за счет средств обязательного медицинского страхования при получении лечения в круглосуточном или дневном стационаре.
5	Что делать пациенту, если пришлось приобретать лекарства за свои средства при обследовании и лечении в стационаре (круглосуточном), в дневном стационаре?	В соответствии с Приложением 9 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов на территории Камчатского края при оказании медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара обеспечение граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, осуществляется <u>бесплатно</u> для пациента. Если лекарственное средство входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и стандарты лечения, назначено лечащим врачом, о чем есть запись в медицинской документации, если лекарственное средство уже приобретено, то с заявлением, к которому должны быть приложены документы, подтверждающие

		оплату, надо обратиться к главному врачу или в страховую медицинскую организацию для решения вопроса о возмещении денежных средств в досудебном порядке.
6	Надо ли платить за анестезию при оказании стоматологической помощи по программе ОМС?	В тариф на оказание стоматологической медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования включены расходы на лекарственные препараты, входящий, в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Камчатского края, включено средства для местной анестезии «Лидокаин». При лечении заболеваний полости рта при приостановившемся кариесе, кариесе дентина, кариесе цемента, кариесе эмали (МКБ-10: K02.0, K02.1, K02.2, K02.3) «Лидокаин», «Артикаин».
7	Верно ли, что часто болеющих детей в детской поликлинике лечат платно?	В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, оказание медицинской помощи часто болеющим детям входит в программу обязательного медицинского страхования и осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования независимо от случаев заболеваний и количества амбулаторно-поликлинических посещений к врачам-специалистам. В связи с вышеизложенным, отказ сотрудников поликлиники в предоставлении Вашему ребенку бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования следует считать не обоснованным. По всем вопросам организации медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования необходимо обращаться в страховую медицинскую организацию, в которой застрахован Ваш ребенок.
о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи по программам ОМС		
1	Какие права есть у граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования?	В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица имеют следующие права: 1. Право на бесплатное оказание им медицинской помощи: а) На всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования; б) На территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования; 2. Право на выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования; 3. Право на 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 компании (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;

		<p>4. Право на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;</p> <p>5. Право на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;</p> <p>6. Право на получение от территориально фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;</p> <p>7. Право на защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;</p> <p>8. Право на 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;</p> <p>9. Право на 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;</p> <p>Право на защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.</p>
2	<p>Какие обязанности предусмотрены для граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования?</p>	<p>В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица обязаны:</p> <p>1. Предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;</p> <p>2. Подать в страховую медицинскую организацию лично или через представителя заявление о выборе страховой медицинской организации для обязательного медицинского страхования в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;</p> <p>3. 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;</p> <p>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 был застрахован гражданин.</p>
3	<p>Какие виды медицинских услуг предоставляются бесплатно по страховому полису ОМС?</p>	<p>Гарантированный объем оказания гражданам бесплатной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования определяют базовая и территориальная программы обязательного медицинского страхования, утверждённые соответственно Постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 N 1506 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов" и Правительства Камчатского края от 20 декабря 2018 г. N 541-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на</p>

территории Камчатского края на 2019 год» и на плановый период 2020 и 2021 годов.

В рамках базовой и территориальной программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь в следующих страховых случаях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушение 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);
- деформация и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

В рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования финансируются мероприятия по диспансеризации отдельных категорий граждан, применение вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинская реабилитация, осуществляемая в медицинских организациях.

Ознакомиться с перечнем заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно

		<p>можно на информационных стендах в медицинских организациях, обратившись в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис обязательного медицинского страхования (телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482), 8-800-100-07-02 или по телефону «горячей линии» Территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края – 8 (4152) 434-167, 8-800-505-60-52 а также на официальных сайтах указанных организаций.</p> <p>По полису ОМС медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, которые являются обязательными для всех медицинских организаций системы ОМС.</p>
4	Что входит в базовую программу ОМС?	<p>В рамках базовой Программы ОМС гражданам (застрахованным лицам) предоставляются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, - скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), - специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, <p>при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;</p> <p>осуществляются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение и профилактические медицинские осмотры граждан, в том числе их отдельных категорий, указанных в разделе III Программы, - мероприятия по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, - аудиологический скрининг, - применение вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации. <p>Базовая программа ОМС является составной частью Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 N 1506.</p>
5	Где можно ознакомиться с Территориальной программой ОМС?	<p>С территориальной программой обязательного медицинского страхования можно ознакомиться в страховых медицинских организациях, в том числе на их сайтах, на сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края в сети «Интернет» www.kamtforms.ru, а также в медицинских организациях: на стендах в регистратуре, приемных отделениях.</p> <p>Территориальная программа ОМС имеется в справочных компьютерных системах.</p>

6	Какие документы должны предъявлять граждане в медицинской организации для бесплатного получения медицинской помощи?	<p>Для бесплатного получения плановой или неотложной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования предъявляются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Документ, удостоверяющий личность; - Полис обязательного медицинского страхования. <p>Отсутствие страхового полиса и документа, удостоверяющего личность, не является причиной для отказа в медицинской помощи в экстренных случаях, угрожающих жизни больного.</p>
7	В каких поликлиниках предоставляются те или иные виды медицинских услуг (бесплатно по полису ОМС)?	<p>Медицинская помощь за счет средств обязательного медицинского страхования предоставляется в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края.</p> <p>Ознакомиться с перечнем медицинских организаций, работающих в системе ОМС Камчатского края можно на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края по электронному адресу: www.kamtfoms.ru, а также обратившись в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис обязательного медицинского страхования.</p>
8	Как получить специализированную медицинскую помощь?	<p>Оказание <u>первичной специализированной медико-санитарной помощи</u> осуществляется:</p> <ul style="list-style-type: none"> - по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста; - в случае самостоятельного обращения в медицинскую организацию, в том числе выбранную гражданином, с учетом порядков оказания медицинской помощи. <p>В соответствии с приказом от 26 апреля 2012 г. N 406н п. «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» для получения <u>специализированной медицинской помощи в плановой форме</u> выбор медицинской организации осуществляется при направлении лечащего врача. При плановой госпитализации в стационар врач обязан предоставить перечень медицинских организаций, в которых может быть оказана такая медицинская помощь, для осуществления выбора пациентом. Направление на плановую госпитализацию выдается лечащим врачом в медицинскую организацию, выбранную пациентом. В случае если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации.</p> <p><u>Медицинская помощь в неотложной и экстренной форме</u> оказывается застрахованным лицам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания в соответствии с Территориальной программой государственных</p>

		гарантий.
9	Каков порядок получения высокотехнологичной медицинской помощи?	<p>Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.</p> <p>Организация оказания ВМП осуществляется с применением специализированной информационной системы в порядке, установленном приказом Минздрава России от 29.12.2014 N 930н (ред. от 27.08.2015).</p> <p>Показания к оказанию ВМП определяются лечащим врачом медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи, с учетом права на выбор медицинской организации. Наличие медицинских показаний подтверждается решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.</p> <p>При наличии медицинских показаний к оказанию ВМП лечащий врач медицинской организации оформляет направление на госпитализацию для оказания ВМП.</p> <p>В случае необходимости в оказании <u>ВМП, включенной в базовую программу ОМС</u>, направляющая медицинская организация представляет комплект документов в медицинскую организацию, оказывающую ВМП и включенную в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в случае оказания <u>ВМП, не включенной в базовую программу ОМС</u> - в Минздрав Камчатского края.</p> <p>Основанием для госпитализации пациента является решение врачебной комиссии медицинской организации, в которую направлен пациент, по отбору пациентов на оказание ВМП. Комиссия медицинской организации, оказывающей ВМП, выносит решение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента с учетом оказываемых медицинской организацией видов ВМП в срок, не превышающий семи рабочих дней со дня оформления на пациента Талона на оказание ВМП. По результатам оказания ВМП медицинские организации дают рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации с оформлением соответствующих записей в медицинской документации пациента.</p>
10	В каких медицинских организациях Камчатского края проводят экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) за счет средств ОМС?	<p>На территории Камчатского края отсутствуют медицинские организации, проводящие экстракорпоральное оплодотворение.</p> <p>В реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в Камчатском крае (т.е. в данном лечебном учреждении ЭКО оказывается в рамках Территориальной программы Камчатского края) включены:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ООО «ЭКО Центр» (г. Москва); - ООО "Дистанционная медицина" (г. Москва); - ООО "М-Лайн" (г. Москва); - ООО Центр Материнства и Репродуктивной Медицины "Петровские Ворота" (г. Москва);

		<p>- АО "Центр Семейной Медицины" (г. Екатеринбург).</p> <p>По вопросу направления на ЭКО можно обратиться в Министерство здравоохранения Камчатского края по телефону (4152) 424-702.</p>
11	<p>Какие виды медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС оплачиваются самостоятельно за счет личных средств граждан?</p>	<p>При проведении процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС бесплатно производятся медицинские услуги, предусмотренные Стандартом медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденным приказом Минздрава России от 30.10.2012 N 556н (ред. от 01.02.2018), в том числе прием (осмотр, консультация) врачей-специалистов, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пункция заднего свода влагалища, - получение яйцеклетки, - экстракорпоральное оплодотворение ооцитов, - культивирование эмбриона, - вспомогательный хетчинг (рассечение блестящей оболочки) эмбриона, - внутриматочное введение эмбриона, - криоконсервация эмбрионов, - криоконсервация гамет (ооцитов, сперматозоидов), - биопсия яичка, придатка яичка и семенного канатика, - биопсия эмбриона, - введение сперматозоида в ооцит, - исследование хромосомного аппарата клеток различных тканей, - внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона. <p>За счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, при проведении процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС производится оплата медицинских услуг, не предусмотренных указанным Стандартом.</p>
12	<p>Каковы сроки ожидания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных</p>	<p>В соответствии с пунктом 7 Приложения № 7 к Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов на территории Камчатского края определены следующие сроки ожидания оказания медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию (в часы работы медицинской организации); - сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должно превышать 2

	<p>условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов?</p>	<p>часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;</p> <ul style="list-style-type: none"> - сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию; - сроки ожидания приема врача - специалиста при наличии талона на прием не должно превышать (+) 20 минут от времени, указанного в талоне (исключение: оказание медицинской помощи по экстренным показаниям); - сроки ожидания консультаций врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи в плановой форме не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию; - сроки ожидания проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения; - сроки ожидания проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме не должны превышать 30 календарных дней, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – 14 календарных дней со дня назначения; - сроки ожидания оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной (в том числе, специализированной медицинской помощи за пределами Камчатского края), в стационарных условиях в плановой форме не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями не должны превышать 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния); - сроки ожидания 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, кроме отдельных труднодоступных населенных пунктов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Камчатского края. <p>В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.</p>
13	<p>Что представляет собой диспансеризация и для чего она проводится?</p>	<p>Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения установлен приказом Минздрава России от 26.10.2017 N 869н.</p> <p>Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья, осуществляемые в отношении определенных групп населения.</p> <p>Диспансеризация направлена на ранее раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, являющихся</p>

		<p>основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее - факторы риска), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача. В мероприятия по диспансеризации включено краткое профилактическое консультирование всех граждан, имеющих факторы риска, а также индивидуальное углубленное и групповое (в школах пациента) профилактическое консультирование.</p> <p>При прохождении диспансеризации человек сможет проверить состояние своего здоровья, а также получить консультацию по предотвращению развития заболевания или по лечению имеющегося заболевания, при необходимости получить направление на специализированную медицинскую помощь, за пациентом будет установлено диспансерное наблюдение.</p> <p>Такие активные профилактические мероприятия позволяют достаточно быстро и в значительной степени снизить вероятность развития у конкретного человека опасных хронических неинфекционных заболеваний, таких как злокачественные новообразования, инфаркты, инсульты, сахарный диабет, а у лиц, уже страдающих такими заболеваниями, значительно уменьшить тяжесть течения заболевания и частоту развития его осложнений.</p> <p>Диспансеризация позволяет выявлять заболевания на начальной стадии их развития, что служит предпосылкой успешного лечения.</p> <p>Современная медицина успешно борется со многими заболеваниями. Но многие заболевания на ранних стадиях протекают бессимптомно, поэтому даже если у человека нет жалоб, проверять здоровье все равно необходимо. И всегда помнить, что заболевание легче предупредить, чем вылечить.</p>
14	<p>Если в текущем году диспансеризация для меня не предусмотрена, могу ли я бесплатно пройти обследование, чтобы проверить состояние своего здоровья?</p>	<p>Порядок проведения профилактического медицинского осмотра установлен приказом Минздрава России от 06.12.2012 N 1011н.</p> <p>Если в текущем году Вы не подлежите диспансеризации согласно возрасту, но хотите проверить состояние своего здоровья, то можете в этом году бесплатно пройти профилактический медицинский осмотр, который каждый гражданин имеет право проходить раз в два года.</p> <p>Профилактический медицинский осмотр проводится в целях своевременного выявления хронических неинфекционных заболеваний или состояний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и формирования групп состояния здоровья, а также выработке рекомендаций для пациентов.</p> <p>В случае выявления у пациента патологических изменений по результатам обследования, ему будет назначено дополнительное обследование.</p>
15	<p>Куда я должна</p>	<p>Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-</p>

	<p>обратиться, чтобы пройти диспансеризацию и какие документы нужно для этого предъявить?</p>	<p>санитарную помощь, то есть к которой он прикреплен. Обычно это территориально-участковая поликлиника.</p> <p>В случае отсутствия у медицинской организации лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, медицинская организация заключает договор с другой медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации.</p> <p>В медицинской организации Вы можете обратиться в регистратуру, участковому врачу, фельдшеру, которые объяснят, какие виды обследования входят в диспансеризацию, что нужно сделать в первую очередь, определяют вместе с Вами время и дни обследования.</p> <p>Для похождения диспансеризации необходимо предъявить в медицинскую организацию паспорт (документ, удостоверяющий личность), полис ОМС.</p>
16	<p>Могу ли я при прохождении диспансеризации отказаться от некоторых видов обследования или осмотра врачей?</p>	<p>Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом, либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации. В соответствии с законодательством Российской Федерации диспансеризация проводится при наличии письменного информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство и является добровольным мероприятием.</p> <p>Гражданину, принявшему решение пройти диспансеризацию в первый визит в поликлинику необходимо взять с собой результаты исследований, которые он проходил в текущем году или предшествующие два года: флюорография, рентгенография, УЗИ, компьютерная томография и другие для исключения дублирования исследований, например, УЗИ брюшной полости не проводится, если гражданину в течение предшествующих двух лет либо в год проведения диспансеризации проводилась магнитно-резонансная или компьютерная томография органов брюшной полости.</p> <p>Флюорография легких не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года либо года проведения диспансеризации проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки.</p> <p>При наличии у гражданина документально подтвержденных результатов осмотров или консультаций врачами-специалистами, фельдшером или акушеркой, исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение двенадцати месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятия в рамках диспансеризации принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.</p>
17	<p>Что включает в себя диспансеризация? Какие виды обследования и осмотры врачей-</p>	<p>Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения установлен приказом Минздрава России от 26.10.2017 N 869н. Диспансеризация проводится в два этапа.</p> <p><u>Первый этап диспансеризации (скрининг)</u> проводится с целью выявления у граждан признаков хронических инфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных</p>

<p>специалистов предусмотрены при диспансеризации?</p>	<p>обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации, и включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) опрос (анкетирование) 1 раз в 3 года, в целях выявления жалоб, характерных для неинфекционных заболеваний, личного анамнеза, курения, потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ, характера питания, физической активности, а также в целях выявления у граждан в возрасте 75 лет и старше риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения (далее - анкетирование); 2) антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела 1 раз в 3 года; 3) измерение артериального давления 1 раз в 3 года; 4) определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода) (для граждан в возрасте до 85 лет 1 раз в 3 года); 5) определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода) 1 раз в 3 года; 6) определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 года до 39 лет включительно, и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 63 лет включительно, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом, сахарного диабета второго типа и хронических болезней почек, 1 раз в 3 года; 7) проведение индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) для граждан в возрасте до 72 лет с высоким относительным и высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, и (или) ожирением, и (или) гиперхолестеринемией с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) курящих более 20 сигарет в день; направление указанных граждан на углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование вне рамок диспансеризации; 8) электрокардиографию в покое (для мужчин в возрасте 36 лет и старше, для женщин в возрасте 45 лет и старше 1 раз в 3 года); 9) осмотр фельдшером (акушеркой), взятие с использованием щетки цитологической цервикальной мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее - мазок с шейки матки), цитологическое исследование мазка с шейки матки (для женщин в возрасте от 30 до 60 лет 1 раз в 3 года); 10) флюорографию легких 1 раз в 3 года; 13) определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови (для мужчин в возрасте 45 лет и 51 года); 14) измерение внутриглазного давления 1 раз в 3 года (для граждан в возрасте от 60 лет и старше); 15) прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершении исследований первого этапа диспансеризации, проводимых
--	--

с периодичностью 1 раз в 3 года, включающий установление диагноза, определение группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации;

16) прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершении исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года при наличии выявленных патологических изменений, включающий определение в соответствии с выявленными изменениями медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации.

Если при проведении первого этапа диспансеризации выявляются медицинские показания по результатам анкетирования или осмотра врача-терапевта, патологические изменения по результатам лабораторных и инструментальных методов обследования проводится второй этап диспансеризации.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

- 1) осмотр (консультацию) врачом-неврологом;
- 2) дуплексное сканирование брахицефальных артерий;
- 3) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом;
- 4) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии;
- 5) колоноскопию;
- 6) спирометрию;
- 7) осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом;
- 8) осмотр (консультацию) врачом-оториноларингологом;
- 9) осмотр (консультацию) врачом-офтальмологом;
- 10) проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте);

11) прием (осмотр) врачом-терапевтом, по завершении исследований второго этапа диспансеризации, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

При выявлении у гражданина в процессе первого и (или) второго этапа диспансеризации медицинских показаний к

		<p>проведению осмотров врачами-специалистами, исследований и мероприятий, не входящих в объем диспансеризации в соответствии с указанным Порядком, они назначаются и выполняются с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 37 Федерального закона N 323-ФЗ, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 76 Федерального закона N 323-ФЗ.</p>
18	<p>Что такое «диспансеризация 1 раз в 2 года»?</p>	<p>Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения установлен приказом Минздрава России от 26.10.2017 N 869н. В соответствии с этим Порядком ряд исследований проводится с периодичностью 1 раз в 3 года. При этом есть два исследования, которые проводятся в рамках первого этапа диспансеризации с периодичностью 1 раз в 2 года, а именно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - маммография обеих молочных желез в двух проекциях (для женщин в возрасте 50 - 70 лет); - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (для граждан в возрасте от 49 до 73 лет). <p>Эти исследования по своей сути являются онкоскринингом и направлены на раннее выявление наиболее частых онкологических заболеваний.</p> <p>По завершении данных исследований проводится прием (осмотр) врачом-терапевтом, включающий определение в соответствии с выявленными изменениями медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации, таких как:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (при положительном анализе кала на скрытую кровь); - колоноскопию (для граждан в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога); - осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом (для женщин в возрасте от 30 до 69 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам маммографии). <p>При выявлении у гражданина в процессе диспансеризации медицинских показаний к проведению осмотров врачами-специалистами, исследований и мероприятий, не входящих в объем диспансеризации в соответствии с указанным Порядком, они назначаются и выполняются с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 37 Федерального закона N 323-ФЗ, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 76 Федерального закона N 323-ФЗ.</p>
19	<p>Почему список специалистов при прохождении</p>	<p>Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения установлен приказом Минздрава России от 26.10.2017 N 869н и является обязательным к исполнению медицинскими организациями края, участвующими в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания</p>

	диспансеризации не включен осмотр эндокринолога?	<p>гражданам медицинской помощи.</p> <p>При выявлении у гражданина в процессе первого и (или) второго этапа диспансеризации медицинских показаний к проведению осмотров врачами-специалистами, исследований и мероприятий, не входящих в объем диспансеризации в соответствии с указанным Порядком, в том числе проведение осмотра врачом-эндокринологом, они назначаются и выполняются с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 37 Федерального закона N 323-ФЗ, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 76 Федерального закона N 323-ФЗ.</p>
20	Где можно получить информацию о полученных мной медицинских услугах и их стоимости?	<p>В соответствии с разделом XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н (ред. от 11.01.2017), страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании поданных медицинскими организациями в страховую медицинскую организацию реестров счетов за оказанную медицинскую помощь).</p> <p>Информирование застрахованных лиц и их законных представителей о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости осуществляется также через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты территориальных фондов путем создания личного кабинета пациента.</p> <p>Для получения информации о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости на бумажном носителе застрахованное лицо, либо его законный представитель обращается с заявлением в филиал страховой компании, в котором он застрахован или через официальный сайт страховой компании. Обращение гражданина, либо его законного представителя, рассматривается в порядке, установленном Федеральным законом от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации".</p> <p>Информация о перечне оказанных медицинских услуг предоставляется по форме Приложения 1, утвержденной приказом ФФОМС от 16.10.2015 № 196 лично застрахованному лицу (его законному представителю), либо направляется по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.</p>
21	Могу ли я получить бесплатное лечение зубов по месту жительства в г. Петропавловск-Камчатский с	<p>Да, можно - в специализированных стоматологических поликлиниках (краевая стоматологическая поликлиника, городская стоматологическая поликлиника, городская детская стоматологическая поликлиника)</p> <p>Записаться на прием в эти лечебные учреждения можно на сайте гос. услуг.</p> <p>С адресами стоматологических поликлиник г. Петропавловска-Камчатского, работающих в сфере обязательного медицинского страхования и оказывающих медицинскую помощь (лечение зубов) за счет средств обязательного медицинского страхования, Вы можете ознакомиться на интернет сайте www.kamtfoms.ru, в разделе «Медицинские</p>

	<p>полисом ОМС? Прописка в другом городе Камчатского края</p>	<p>организации системы ОМС».</p> <p><i>При необходимости разъяснить:</i></p> <p>В соответствии ст. 33 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (в ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» амбулаторно-поликлинические учреждения (поликлиники) оказывают первичную медико-санитарную помощь (в том числе, медицинскую помощь при заболеваниях зубов) осуществляется по территориально-участковому принципу.</p> <p>Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях.</p> <p>Поэтому стоматологическая помощь в городских и районных поликлиниках может быть оказана только прикрепленному к этим лечебным учреждениям населению.</p> <p>Для реализации права выбора медицинской организации и прикрепления к ней гражданин лично или через своего представителя должен обратиться в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением на имя главного врача, форма которого определена приказом Минздрава Камчатского края и ТФОМС Камчатского края от 27.07.2017 № 365/81 при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и должна быть представлена медицинской организацией.</p> <p>При подаче заявления необходимо предъявить документ, удостоверяющий личность, и полис ОМС.</p> <p>Специализированные стоматологические поликлиники (краевая стоматологическая поликлиника, городская стоматологическая поликлиника, городская детская стоматологическая поликлиника) не оказывают помощь по территориально-участковому принципу, не имеют прикрепленного населения.</p>
о платных медицинских услугах, оказываемых в МО		
1	<p>В каких случаях гражданам, имеющим полис ОМС медицинская помощь в медицинской организации, которая работает по программе ОМС, будет оказана за</p>	<p>За плату, в соответствии с нормативными правовыми документами Российской Федерации и Камчатского края, может предоставляться медицинская помощь (медицинские услуги) сверх гарантированной или на условиях, превышающих требования Территориальной программы государственных гарантий, неотъемлемой частью которой является территориальная программа обязательного медицинского страхования, а также сервисные услуги</p> <p>Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:</p> <p>а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:</p> <p>- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;</p>

плату?	<p>- 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;</p> <p>б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>Правилами предоставления платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г № 1006 установлено, что при предложении предоставления платных услуг (заключения договора) застрахованному лицу (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи <u>без взимания платы в рамках программы государственных гарантий</u> бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.</p> <p>Отказ застрахованного от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.</p> <p>Если лечебное учреждение предлагает вам оплатить услуги, обязательно обратитесь в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС (телефоны горячей линии Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 8 (4152) 415-480, 415-482), 8-800-100-07-02 либо (если медицинская помощь оказана вне территории страхования) в территориальный фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи (номера телефонов «горячей линии» фондов размещены на их официальных сайтах в сети «Интернет»), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края, находящийся по адресу: Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пр. Карла Маркса (телефон «горячей линии» 8 (4152) 43-41-67) 8-800 -505-60-52 и удостоверьтесь, что данная услуга действительно может быть оказана только на платной основе.</p> <p>Если вы уже заплатили за медицинские услуги, необходимо сохранить чеки (или же другие платежные документы,</p>
--------	---

		подтверждающие оплату), чтобы потом обратиться в страховую медицинскую компанию или территориальный фонд ОМС с заявлением о рассмотрении вопроса о законности взимания денег.
2	Является ли операция по исправлению носовой перегородки косметической или можно её провести за счет средств ОМС?	В соответствии порядком у условиями предоставления медицинской помощи, установленных Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, гражданин имеет право на бесплатное оперативное лечение по поводу исправления носовой перегородки при наличии медицинских показаний, установленных врачом-оториноларингологом, и направления на плановое оперативное лечение, оформленное в установленном порядке.
3	Я устраиваюсь на работу в бюджетную организацию. Полис у меня есть. Оплачиваются ли из средств ОМС медицинские осмотры при приеме на работу?	Данные осмотры относятся к обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан (работников медицинских организаций, образовательных организаций всех типов и детских учреждений, организации пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, организаций связанных с движением транспорта и др.) в целях охраны здоровья населения. Такие осмотры не оплачиваются за счет средств ОМС, а осуществляются за счет средств работодателя (статья 213 Трудового кодекса РФ).
другие		
1	Где можно получить полис добровольного медицинского страхования?	Добровольное медицинское страхование не относится к сфере обязательного медицинского страхования. На территории Камчатского края ДМС осуществляют следующие страховые компании «СОГАЗ», «Согласие», «Росгосстрах», «Ингосстрах», «АльфаСтрахование», «ДальЖАСО», «ВСК», «Спасские ворота», «Allianz (РОСНО)», «РЕСО-гарантия». По вопросам добровольного медицинского страхования Вы можете обратиться в страховую компанию «СОГАЗ» по телефону 8 800 333 44 19

».