

Виды и условия оказания медицинской помощи, установленные программой государственных гарантий оказания первой медицинской помощи

Виды и условия оказания медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, определены ежегодно утверждаемой Правительством РФ Программой государственных гарантий оказания медицинской помощи.

Порядок и условия оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы устанавливаются нормативными правовыми актами органа государственной власти субъекта РФ в соответствии с законодательством РФ и Программой государственных гарантий.

Медицинские организации, участвующие в системе ОМС, не вправе отказывать гражданам в предоставлении медицинской помощи, включенной в территориальную программу ОМС.

В соответствии с «Новосибирской областной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи», за счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается медицинская помощь, оказываемая в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы и предусматривающей первичную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь, скорую медицинскую помощь, паллиативную медицинскую помощь, а также обеспечение необходимыми лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации в следующих 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 нарушения 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);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает:

- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, абортов, выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска;
- диспансерное наблюдение больных, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- диспансеризацию беременных женщин, родильниц;
- диспансеризацию здоровых детей;
- динамическое медицинское наблюдение за ростом и развитием ребенка;
- установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- осуществление санитарно-гигиенического просвещения, в том числе по вопросам формирования здорового образа жизни;

- оказание медицинских услуг при оформлении граждан на санаторно-курортное лечение;
- оказание медицинских услуг при направлении граждан на медико-социальную экспертизу;
- медицинское освидетельствование граждан, оформляющих усыновление и опеку (попечительство);
- оказание медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе;
- проведение профилактических прививок в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, профилактических прививок, проводимых в рамках приоритетного национального проекта "Здоровье" и проводимых по эпидемическим показаниям, включая предварительный медицинский осмотр перед проведением прививок.

Стоимость медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказанной ребенку до 3 лет включительно, а также ребенку старше 3 лет при наличии медицинских показаний к нахождению с ним ухаживающего лица, включает расходы на обеспечение койко-местом и питанием лица, ухаживающего за ним.

Условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, проживающим и временно находящимся на территории Новосибирской области

1. Лечебно-профилактические учреждения, участвующие в реализации Программы, оказывают медицинскую помощь, указанную в разделе 3 настоящей программы, за счет средств обязательного медицинского страхования и средств соответствующих бюджетов.
Медицинская помощь, предусмотренная Программой, оказывается на территории Новосибирской области согласно порядку, утверждаемому министерством здравоохранения Новосибирской области.
2. Медицинская помощь оказывается в соответствии с рекомендуемыми федеральными стандартами, а также региональными стандартами

медицинской помощи, утвержденными министерством здравоохранения Новосибирской области;

3. При условии отсутствия возможности оказания медицинской помощи надлежащего объема и качества в соответствии с рекомендованными федеральными и региональными стандартами, лечебно-профилактическое учреждение, куда обратился пациент обязано организовать оказание необходимой медицинской помощи в другом лечебно-профилактическом учреждении, за счет средств обязательного медицинского страхования и соответствующих бюджетов.
4. Плановая медицинская помощь, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывается гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области, при предъявлении ими страхового полиса обязательного медицинского страхования (далее - полис) и паспорта.
В случае необходимости получения плановой медицинской помощи застрахованным, не имеющим возможности предъявить полис, им сообщается наименование застраховавшей его страховой медицинской организации, при этом медицинское учреждение осуществляет проверку факта страхования по базе застрахованных в системе обязательного медицинского страхования.
При подтверждении информации о страховании медицинская организация оказывает плановую медицинскую помощь, в случае не подтверждения данной информации пациенту даются разъяснения о необходимости застраховаться по обязательному медицинскому страхованию и после этого повторно обратиться в медицинскую организацию для получения плановой медицинской помощи.
5. Для получения медицинской помощи граждане имеют право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом согласия этого врача, а также на выбор медицинской организации в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
6. Порядок прикрепления граждан к амбулаторно-поликлиническому учреждению для получения медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области определяется приказом министерства здравоохранения Новосибирской области.

7. Амбулаторная помощь по экстренным показаниям (острые и внезапные ухудшения в состоянии здоровья, в том числе: высокая температура (38 градусов Цельсия и выше)), острые и внезапные боли любой локализации, судороги, нарушения сердечного ритма, кровотечения, иные состояния заболевания, отравления и травмы, требующие экстренной помощи и консультации врача) оказывается вне очереди и без предварительной записи в любом амбулаторно-поликлиническом учреждении независимо от территориального прикрепления, наличия страхового полиса и личных документов.
8. Плановые прием врача, проведение диагностических исследований и лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических учреждениях осуществляются в порядке очередности, по предварительной записи. Сроки ожидания предоставления плановой медицинской помощи составляют:
- врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) — не более 2 рабочих дней с момента обращения;
 - врачи специалисты — не более 7 дней с момента обращения;
 - диагностические исследования — не более 14 дней;
 - дневные стационары всех типов — не более 20 дней;
 - дети от 0 до 5 лет, беременные женщины при обращении в амбулаторно-поликлиническое учреждение обслуживаются в день обращения.
9. Продолжительность приема в амбулаторно-поликлиническом учреждении и пребывания в дневном стационаре определяется лечащим врачом, согласно медицинским показаниям и состоянию пациента.
10. Объем диагностических и лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлиническом учреждении и дневном стационаре для пациента определяется лечащим врачом в соответствии с медицинскими показаниями и рекомендуемыми федеральными и региональными стандартами оказания медицинской помощи. Лечащий врач вправе отклоняться от рекомендуемых стандартов с учетом имеющихся индивидуальных показаний.
11. Плановая госпитализация осуществляется по направлению врача амбулаторно-поликлинического учреждения (фельдшера):
- в соответствии с клиническими показаниями при обстоятельствах, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, интенсивной терапии и госпитального режима, а также невозможности проведения

лечения в амбулаторных условиях;
— в порядке очереди, но не позднее 30 дней с момента принятия врачом амбулаторно-поликлинического учреждения решения о направлении на госпитализацию в стационар.

Дети от 0 до 5 лет, беременные женщины госпитализируются в течение 48 часов с момента определения показаний.

12. Госпитализация в экстренных и неотложных случаях при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства в условиях стационара, осуществляется по направлению специалистов (врача, фельдшера) скорой медицинской помощи, фельдшера ФАПа, врача амбулаторно-поликлинического учреждения, а также при самостоятельном обращении больного в приемное отделение больницы.
13. Госпитализация при состояниях, угрожающих жизни больного, экстренная госпитализация осуществляется в ближайший стационар согласно профилю заболевания.
14. Отсутствие страхового полиса и личных документов не является основанием для отказа в экстренной госпитализации.
15. Объем обследования и лечения в круглосуточном стационаре определяются лечащим врачом в соответствии с медицинскими показаниями и рекомендуемыми федеральными и региональными стандартами оказания медицинской помощи. Лечащий врач вправе отклоняться от рекомендуемых стандартов с учетом имеющихся индивидуальных показаний.
16. В палате круглосуточного стационара должно быть размещено не более 4-х коек, при этом площадь на 1 койку должна соответствовать установленным нормативам.
17. Больные, беременные, роженицы, родильницы и новорожденные обеспечиваются бесплатным лечебным питанием в соответствии с лимитами соответствующих бюджетных ассигнований и тарифами на оказание медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.
18. Продолжительность лечения в стационарах и дневных стационарах всех типов определяется медицинскими показаниями и состоянием больного.
19. Гарантируется бесплатное обеспечение койко-местом и питанием лица, ухаживающего за ребенком до 3 лет и ребенком

старше 3 лет при наличии медицинских показаний к нахождению с ним ухаживающего лица.

20. **Условия предоставления лекарственной помощи:**

1. Лекарственная помощь при оказании скорой и неотложной медицинской помощи, а также гражданам, проходящим лечение в стационарах и дневных стационарах всех типов, предоставляется бесплатно:
 - в соответствии с номенклатурой Областного перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании скорой и стационарной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий (далее - Областной перечень лекарственных средств (приложение 6 к Программе)). Дополнения и изменения в Областной перечень лекарственных средств утверждаются министерством здравоохранения Новосибирской области по согласованию с Новосибирским областным фондом обязательного медицинского страхования;
 - по решению формулярной или врачебной комиссии медицинского учреждения при необходимости индивидуального назначения лекарственного средства, не включенного в Областной перечень лекарственных средств.
 2. Лекарственная помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях обеспечивается за счет личных средств граждан, за исключением лекарственного обеспечения лиц, имеющих право на меры социальной поддержки в части лекарственного обеспечения;
 3. Государственная социальная помощь отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами предоставляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством Новосибирской области.
21. Гражданам, застрахованным на территориях других субъектов Российской Федерации медицинская помощь предоставляется в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Плановая медицинская помощь оказывается при предъявлении действующего полиса обязательного медицинского страхования. В случае отсутствия возможности предъявить полис, пациенту даются разъяснения о необходимости застраховаться по обязательному

медицинскому страхованию и после этого повторно обратиться в медицинскую организацию для получения плановой медицинской помощи.

22. Гражданам Российской Федерации, временно находящимся на территории Новосибирской области за пределами постоянного места жительства, бесплатно предоставляется:
- скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;
 - экстренная медицинская помощь в лечебно-профилактических учреждениях, не участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, финансируемых за счет средств областного бюджета и местных бюджетов муниципальных образований.
23. Справки и соответствующие документы по итогам проведенных лечебно-профилактических мероприятий оформляются и выдаются пациенту бесплатно.
- 24.** Перечень видов медицинской помощи, не входящих в Программу, утверждается приказом министерства здравоохранения Новосибирской области.

Конституционное право граждан на охрану здоровья

В соответствии с Конституцией Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (ч.1 ст.41 Конституции РФ).

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС.

Права и обязанности гражданина в системе здравоохранения РФ

Права граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи определены законодательством РФ:

1. Права граждан на медико-социальную помощь и информацию о факторах, влияющих на здоровье (ст.19 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», №323-ФЗ, 2011):

- право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения;
- право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье;
- право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

2. Права граждан в системе обязательного медицинского страхования

(ст.16, гл.4 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.2010 №326-ФЗ):

- бесплатное получение медицинской помощи:
 - * на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой ОМС;
 - * на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС;
- выбор страховой медицинской организации;
- замена страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо в случае:
 - * изменения места жительства и отсутствия по новому месту жительства страховой компании, в которой застрахован гражданин;
 - * прекращения деятельности страховой компании на территории проживания гражданина;
- выбор медицинской организации из участвующих в реализации территориальной программы ОМС, один раз в течение календарного года не позднее 1 сентября;
- выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством РФ;

- получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
- защита персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ;
- возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ;
- защита прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

3. Права пациента

(ст. 19 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», №323-ФЗ, 2011):

- выбор врача и выбор медицинской организации;
- профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- получение консультаций врачей-специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеваниями и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- отказ от медицинского вмешательства;
- возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты своих прав;
- допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях – на предоставление условий для

отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

4. Обязанности граждан в системе обязательного медицинского страхования

(ст.16, гл.4 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.2010 №326-ФЗ):

- предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
- подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с [правилами обязательного медицинского страхования](#);
- уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, 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.

Защита прав граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи

Нарушениями прав граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи считаются:

- незаконное взимание врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций денежных средств за оказание медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий;
- незаконной взимание денежных средств в кассу медицинских организаций за оказание медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий;
- взимание денежных средств за предоставление платных медицинских услуг, не предусмотренных Программой государственных гарантий, на осуществление которых у медицинской организации не имеется специального разрешения;
- незаконное взимание денежных средств за выдачу направлений на

лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств;

— приобретение за счет средств пациентов лекарственных средств и изделий медицинского назначения из утвержденного территориальной программой государственных гарантий Перечня жизненно необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения при получении стационарной медицинской помощи;

— несоблюдение сроков предоставления плановой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий;

— отказ в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС.

В случае нарушения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации обращайтесь в страховую медицинскую организацию, выдавшую страховой медицинский полис ОМС. Если в результате рассмотрения вас не удовлетворили, вы можете обратиться:

— в соответствующий орган управления здравоохранением (муниципального образования, субъекта РФ);

— в территориальные фонды ОМС;

— в территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Если и здесь результаты рассмотрения вас не удовлетворили, вы вправе обращаться в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, а также в Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

В случаях нарушения прав граждан на получение бесплатной медицинской

помощи в федеральных государственных учреждениях здравоохранения гражданин вправе сразу обращаться в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, в Министерство

з
д
р
а
в
о
о
х
р
а
н
е
н
и