

Контакт-центр
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
города Севастополя

В Территориальном фонде обязательного медицинского страхования города Севастополя организована работа Контакт-Центра.

Основными **задачами** Контакт-центра Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Севастополя являются:

- организация защиты прав и интересов граждан на получение бесплатной медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории города Севастополя;

- информирование граждан об их правах на получение качественной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования;

Обеспечение объективного и всестороннего и своевременного рассмотрения обращений по вопросам медицинского страхования, а также пресечения нарушений законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

Основными **функциями** Контакт-центра Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Севастополя являются:

- прием и рассмотрение обращений граждан;

- оказание справочно-консультативной помощи гражданам;

- принятие мер по выявленным в ходе рассмотрения обращений фактам неудовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи в медицинских организациях;

- обобщение и анализ обращений граждан с целью выявления системных проблем в сфере обязательного медицинского страхования на территории города Севастополя с информированием Департамента здравоохранения города Севастополя и Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- проведение опросов граждан по итогам рассмотрения их обращений в телефонном режиме (в соответствии с решением Администратора Контакт-центра);

- разработка предложений и мероприятий, направленных на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи, на основании аналитических материалов по обращениям граждан.

По телефонам 8-800-250-35-27 (8692) 53-73-49 Вы можете задать вопросы, связанные с защитой прав и интересов граждан на получение бесплатной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования.

Режим работы Контакт-Центра:

- в режиме работы оператора:

- с понедельника по четверг – с 9:00 до 18:00; пятница – с 9:00 до 17:00;

- перерыв – с 13:00 до 13:48.

- в режиме электронного секретаря: с 18:00 до 9:00 – в рабочие дни, в выходные и праздничные дни – круглосуточно.

Доводим до Вашего сведения, что Контакт-центры созданы в страховых медицинских организациях:

**Режим работы Контакт-центра
Севастопольского филиала
ООО «Крымская страховая медицинская организация»**

- в режиме работы оператора с понедельника-пятницу с 9:00 до 18:00;
- в режиме электронного секретаря с 18:00 до 9:00 в рабочие дни, в выходные и праздничные круглосуточно.

Телефон для обращений 8 800 7000 776

**Режим работы Контакт-центра
Севастопольского филиала
ООО «СМК «Крыммедстрах»**

- в режиме работы оператора с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00;
- в режиме электронного секретаря с 17:00 до 8:00 в рабочие дни, в выходные и праздничные круглосуточно

Телефон для обращений 8 800 100 77 03, (8692) 54-55-60.

Графики приема граждан:

График приема граждан по личным вопросам руководителями
Предварительная запись по телефону: 8-800-250-35-27, 53-73-49,

ФИО	Должность	Время приема
Татьяна Юрьевна Гроздова	Директор	третий четверг месяца с 16.00 до 17.30
Даниил Валентинович Цуканов	Первый заместитель директора	первый четверг месяца с 16.00 до 17.30
Ольга Викторовна Томилина	Заместитель директора - начальник управления организации ОМС	второй четверг месяца с 16.00 до 17.30

График работы кабинетов приема граждан

Время приема	Адрес	Место приема, № кабинета
Понедельник, с 14.00 до 15.00	Фиолентовское шоссе 1/1, ТФОМС города Севастополя	ТФОМС, 4 этаж, кабинет № 403
Вторник, с 11.00 до 12.00	Фиолентовское шоссе 1/1, ТФОМС города Севастополя	ТФОМС, 4 этаж, кабинет № 403
Среда, с 15.00 до 16.00	Фиолентовское шоссе 1/1, ТФОМС города Севастополя	ТФОМС, 4 этаж, кабинет № 403

Четверг, с 15.00 до 17.00	Поликлиника № 1 ГБУЗС «Городская больница им. Н.И. Пирогова»	Поликлиника № 1 ГБУЗС «Городская больница им. Н.И. Пирогова», каб. 25
Пятница, с 14.00 до 13.00	Фиолентовское шоссе 1/1, ТФОМС города Севастополя	ТФОМС, 4 этаж, кабинет № 403

Обратная связь.

КОНТАКТ ЦЕНТР

Имя

Отчество

Фамилия

Адрес проживания

моб. телефон


Обратный e-mail

тема сообщения

Сообщение

прикрепить файл

Число на картинке



Права и обязанности застрахованных лиц.

Застрахованные лица имеют право на:

- бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, – в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- выбор страховой медицинской организации.

-замену страховой медицинской организации один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

-выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории города Севастополя, размещается на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования города Севастополя в сети «Интернет»: www.sevtfoms.ru;

-получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

-защиту 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;

-возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;

-защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица обязаны:

-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;

-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.

Вопрос-Ответ

Вопрос: Куда обращаться для оформления полиса ОМС в г. Севастополе?

Ответ: ТФОМС города Севастополя размещает на своем официальном сайте: www.sevtfoms.ru, в сети Интернет реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории города Севастополя. В Реестр страховых медицинских

организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС на территории города Севастополя включены две страховые медицинские организации: Севастопольский филиал ООО «Крымская страховая медицинская компания» и Севастопольский филиал ООО «Крыммедстрах».

**Режим работы пунктов оформления/выдачи полисов ОМС
Севастопольского филиала
«Крымской страховой медицинской компании»
ООО «Арсенал медицинское страхование»,
Телефон «горячей линии», Контакт-центр
+7978-077-77-77, 8 800 700 07 76, www.krimoms.ru**

№п/п	Адрес пункта оформления/выдачи полисов ОМС	Время работы	Рабочие дни
1.	Пр. Гагарина 17/1 А (офис управления и выдачи полисов)	9:00 – 18:00	Понедельник-пятница
1	Центральный офис пр. Нахимова, 7	9.00 – 18.00	Понедельник-пятница
2.	Ул. Шевченко, 3, Поликлиника «Амбулатория сем. медицины»	15.00 – 17.30	Понедельник-пятница
3.	Ул. Юмашева, 19Г ГБУЗС «Детская поликлиника №2»	9.00 – 18.00	Понедельник-пятница

**Севастопольского филиала ООО «СМК «Крыммедстрах»
Телефон «горячей линии», Контакт-центра
8 800 100 77 03, (8692) 54-55-60, [http: oms-crimea.ru](http://oms-crimea.ru)**

№п/п	Адреса пунктов выдачи/оформления полисов ОМС	Время работы	Рабочие дни
2.	ул. Леваневского, 25, ГБУЗС «Городская больница № 4»	9:00 – 13:00	Понедельник, пятница
5.	ЦО Ленина 17	8:00 – 18:00	Пон.-пятн., суб. 9:00 – 14:00

Вопрос: Для чего нужен полис обязательного медицинского страхования?

Полис обязательного медицинского страхования (ОМС) - это документ, подтверждающий конституционное право каждого застрахованного на получение бесплатной медицинской помощи в объеме территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Севастополе. В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" полис ОМС действует на всей территории России, независимо от того, где он был выдан. При временном выезде за пределы места постоянного проживания обязательно берите его с собой.

Вопрос: Об оформлении полиса ОМС.

В соответствии со ст.10 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

Вопрос: Какие документы необходимо представить для оформления полиса ОМС гражданину РФ?

Ответ: К заявлению о выборе страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

1. Для детей после государственной регистрации рождения и до 14 лет, являющихся гражданами РФ:

- свидетельство о рождении;
- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
- СНИЛС (при наличии)

2. Для граждан РФ в возрасте 14 лет и старше:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта).

- СНИЛС.

Вопрос: Какие документы должны представить иностранные граждане, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица?

Ответ: В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия – его родителями или другими законными представителями), путем обращения в страховую медицинскую организацию.

К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации иностранные граждане, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации, прилагают следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

- 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;

- вид на жительство или разрешение на временное проживание в Российской Федерации;

- СНИЛС (при наличии).

В том числе законные представители застрахованного лица прилагают документ, удостоверяющий личность и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя.

Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис обязательного медицинского страхования выдается без ограничения срока действия (п.31-Правил). Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается на срок действия разрешения на временное проживание (п.33-Правил).

Вопрос: Как осуществляется обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения?

Ответ: В соответствии со ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» обязательное медицинское страхование ребенка со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется СМО, в которой застрахована его мать или другой законный представитель. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Вопрос: Имеет ли право военнослужащий получить полис обязательного медицинского страхования?

Ответ: Нет, военнослужащие и приравненные к ним граждане не подлежат обязательному медицинскому страхованию, и полис получить они не могут. Затраты, связанные с оказанием медицинской помощи военнослужащим, компенсируются учреждениям здравоохранения за счет средств Министерства обороны России.

Вопрос: О переоформлении полиса ОМС.

Ответ: В соответствии пп. 52, 54 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» застрахованное лицо при изменении места жительства, фамилии, имени или отчества в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли, обязано уведомить страховую медицинскую организацию об изменении указанных сведений и переоформить полис обязательного медицинского страхования путем подачи заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса, а так же предъявить документы, подтверждающие изменения.

Вопрос: Об утере полиса ОМС.

Ответ: В соответствии с п. 55. приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» выдача

дубликата полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса, в случаях:

1. Ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста, механическое повреждение пластиковой карты с электронным носителем и другие);

2. Утери полиса.

Вопрос: Что такое временное свидетельство?

Ответ: Временное свидетельство - документ, подтверждающий оформление полиса и удостоверяющий право на бесплатное оказание застрахованным медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая. В соответствии со статьей 46 Федерального закона от 29 ноября 2011 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в день получения заявления о выборе страховой медицинской организации страховая медицинская организация или при ее отсутствии территориальный фонд обязательного медицинского страхования выдает застрахованному лицу или его представителю временное свидетельство. Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более тридцати рабочих дней с даты его выдачи.

Вопрос: Срок действия полиса ОМС.

Гражданам Российской Федерации, а также постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается без ограничения срока действия.

Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом "О беженцах", полис выдается на срок пребывания, установленный в документах, дающих право на получение полиса ОМС.

Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается на срок действия разрешения на временное проживание.

Вопрос: При наличии полиса ОМС единого образца, выданного на другой территории РФ возможно ли обратиться в поликлинику за медицинской помощью на территории города Севастополя?

Ответ: Застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования (Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ст.16).

Если в другом регионе при обращении за медицинской помощью у вас возникнут проблемы, позвоните в фонд обязательного медицинского страхования той территории, на которой вы находитесь или в свою страховую компанию (телефон указан в вашем полисе).

Вопрос: Необходимо ли предъявлять полис ОМС при обращении за медицинской помощью?

Ответ: В соответствии со ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица обязаны предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Вопрос: Необходимо ли менять страховую медицинскую организацию при смене места жительства?

Ответ: В соответствии со ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица обязаны осуществить выбор СМО по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Вопрос: Имеет ли пациент право на выбор врача?

Ответ: В соответствии со ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право выбора врача с учетом согласия врача.

Для выбора врача необходимо обратиться к руководителю медицинской организации (ее подразделения) с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего (участкового) врача или врача при оказании специализированной медицинской помощи (офтальмолога, оториноларинголога или других врачей-специалистов).

На основании информации, представленной руководителем медицинской организации (ее подразделения), гражданин осуществляет выбор врача.

Возложение функций лечащего врача на врача соответствующей специальности осуществляется с учетом его согласия.

Порядок выбора медицинской организации определен приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. N 407н "Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача".

Вопрос: Имеет ли пациент право на выбор медицинской организации?

Ответ: Порядок выбора медицинской организации прописан в приказах Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" и от 21 декабря 2012 г. N 1342н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации".

Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи".

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). Для выбора медицинской помощи, оказывающей амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, гражданину необходимо лично или через своего представителя обратиться к руководителю выбранной им медицинской организации с письменным заявлением. В заявление указываются следующие сведения:

1. Наименование и фактический адрес медицинской организации, принимающей заявление;

2. Фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принимающей заявление;

3. Информация о гражданине: фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющие личность, адрес проживания, адрес регистрации, дата регистрации, контактная информация;

4. Номер полиса ОМС гражданина.

5. Наименование страховой медицинской организации

6. Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления

В течение 2 рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении руководитель медицинской организации информирует гражданина в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание

Вопрос: Имею ли пациент право на выбор медицинской организации при плановой госпитализации на стационарное лечение?

Ответ: Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

Предельные сроки ожидания оказания специализированной (за исключением ВМП) медицинской помощи – не более 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию.

Вопрос: Какие документы необходимы для подачи заявления о прикреплении на медицинское обслуживание?

Ответ: При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:

1. Для детей после государственной регистрации рождения и до 14 лет, являющимися гражданами РФ:

свидетельство о рождении;

- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
- полис ОМС ребенка.

2. Для граждан РФ в возрасте 14 лет и старше:

- паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта;

- полис ОМС.

3. Для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

- 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 Российской Федерации;

- полис ОМС.

4. Для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

- 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;

- вид на жительство;

- полис ОМС.

5. Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

- вид на жительство;

- полис ОМС.

6. Для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

- 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, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

- полис ОМС.

7. Для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

- полис ОМС.

8. Для представителя гражданина, в том числе законного:

- документ, удостоверяющий личность и документ, подтверждающий полномочия представителя;

9. В случае изменения места жительства:

- документ, подтверждающий факт изменения места жительства

14. Вопрос: Порядок прохождения медицинских обследований по программе ОМС.

Ответ: Объем необходимых лечебно-диагностических исследований определяет лечащий врач в соответствии со Стандартами оказания медицинской помощи больным. При наличии показаний врач выдает направления на лабораторные и иные исследования.

Обращаем Ваше внимание, что в медицинских организациях бесплатные медицинские услуги, в том числе лабораторные исследования, оказываются в порядке очереди.

В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам города Севастополя медицинской помощи на 2016 год предельные сроки ожидания проведения диагностических исследований, а также консультаций врачей-специалистов при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в плановой форме не более 14 календарных дней со дня назначения.

Предельные сроки ожидания проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме - не более 30 календарных дней.

Предельные сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме – не более 2 часов с момента обращения.

Предельные сроки ожидания оказания специализированной (за исключением ВМП) медицинской помощи – не более 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию.

Вопрос: Какой порядок возмещения денежных средств, затраченных на лечение в частной лаборатории по программе ОМС.

Ответ: В соответствии со ст. 37 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованное лицо имеет право на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, которое реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского

страхования договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

При наличии показаний врач выдает направления на лабораторные и иные исследования.

При отсутствии в медицинской организации лаборатории или диагностического оборудования, пациент должен быть информирован о месте и сроках обследований, проводимых бесплатно в других учреждениях на договорной основе с данной медицинской организацией.

Для рассмотрения вопроса возмещения денежных средств, затраченных на проведение лабораторных исследований в частной лаборатории, необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС, с заявлением о выплате компенсации, направлением лечащего врача на обследования и квитанцией или чеками об оплате.

В каждом случае, когда Вам предлагают оплатить медицинские услуги, необходимо в первую очередь получить консультацию по данному вопросу в страховой медицинской организации, выдавшей страховой полис ОМС.

Вопрос: Как попасть на стационарное лечение в плановом порядке и какие сроки ожидания?

Ответ: В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам города Севастополя медицинской помощи на 2016 год для решения данного вопроса необходимо обратиться к лечащему (участковому) врачу в поликлинику по месту жительства и при наличии показаний для стационарного лечения будет оформлено направление на плановую госпитализацию в круглосуточный или дневной стационар по профилю заболевания. Направление обязательно должно содержать данные лабораторных обследований и результаты инструментальных исследований. Сроки ожидания оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара и круглосуточного стационара – не более 30 календарных дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию.

Вопрос: В случае отсутствия узкого специалиста в поликлинике возможно ли получить необходимую консультацию?

Ответ: При отсутствии специалиста медицинская организация обязана организовать получение медицинской помощи в другом медицинском учреждении, либо привлечь специалиста соответствующего профиля и квалификации.

Лечащий врач, назначивший консультацию специалиста по медицинским показаниям, должен оформить направление в другую медицинскую организацию, работающее в системе обязательного медицинского страхования, где пациенту бесплатно в плановом порядке будет проведена необходимая консультация.

В случае затруднения с получением консультаций специалистов следует обратиться к заведующему отделением, заместителю главного врача, главному врачу медицинской организации. Если данный вопрос не будет решен на уровне медицинской организации, то необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис обязательного медицинского страхования или в департамент здравоохранения города Севастополя.

Вопрос: Какой порядок прохождения медосмотров при устройстве на работу.

Ответ: Обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры сотрудников не входят в Программу государственных гарантий и оплачиваются за счет средств работодателя или личных средств граждан.

Кроме того, за счет личных средств граждан оплачиваются медицинские осмотры для медицинского освидетельствования на право управления автомобилями, на право приобретения (ношения) оружия, медицинские осмотры для получения выездной визы и медицинские осмотры, проводимые по желанию граждан, для получения справки (заключения) о состоянии здоровья.

Вопрос: Порядок оказания медицинской помощи при лечении в стационаре?

Ответ: При оказании в рамках территориальной программой государственных гарантий медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной, в том числе ВМП, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи обеспечение граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, донорской кровью осуществляется бесплатно.

Для возмещения денежных средств, затраченных на оплату медицинской помощи и приобретение медикаментов для стационарного лечения, пациенту необходимо обратиться в свою страховую компанию, выдавшую полис ОМС, написать заявление и представить документы, подтверждающие факт получения медицинской услуги (выписка из истории болезни, направление на обследование и т.п) и факт ее оплаты (кассовые и товарные чеки, квитанция об оплате).

Специалисты страховой компании оценивают обоснованность заявления, изучают финансовые документы, подтверждающие факт расходования денежных средств пациентом. В случае признания заявления обоснованным медицинской организацией рекомендуется вернуть пациенту денежные средства.

Если в государственном медицинском учреждении Вам предлагают заплатить за обследование или лечение, назначенное лечащим врачом, позвоните в свою страховую компанию (телефон указан на полисе) и удостоверьтесь, что данная услуга может быть оказана Вам только на платной основе.

Вопрос: Куда можно обратиться с письменной жалобой на работу медицинской организации?

Ответ: Пациент может написать письменное заявление главному врачу медицинской организации, в страховую медицинскую организацию, где он застрахован по полису ОМС, а также в зависимости от причины, побудившей обратиться с жалобой, в департамент здравоохранения города Севастополя, в территориальный орган Росздравнадзора г. Севастополя.

В случае, если застрахованный гражданин не удовлетворен ответом или действиями страховой медицинской организации, он может обратиться в ТФОМС города Севастополя.

Сотрудники вышеперечисленных учреждений должны разобраться в ситуации, изложенной в обращении, и дать заявителю письменный ответ в соответствии с действующим законодательством в течение 30 календарных дней.