

Виды оказываемой медицинской помощи

в рамках ОМС

Стационарная медицинская помощь:

- Кардиология
- Акушерство и гинекология

Амбулаторно- поликлиническая помощь:

- Стоматология терапевтическая

Доступность и качество медицинской помощи

1. Доступность медицинской помощи для застрахованных лиц.

1.1. Застрахованные лица имеют право на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:

1.1.1. На выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

1.1.2. На выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;

1.1.3. Не должны нарушаться условия оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.

1.2. Не должно быть необоснованного отказа застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.

1.3. Не должна взиматься плата с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.

1.4. Не допускается приобретение самим пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.

2. Показателями качества медицинской помощи является отсутствие следующих дефектов (нарушений):

- 2.1. Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц);
- 2.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи;
- 2.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий;
- 2.4. Преждевременное, с клинической точки зрения, прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения);
- 2.5. Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения);
- 2.6. Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица;
- 2.7. Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно- поликлинических условиях, в условиях дневного стационара;
- 2.8. Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям;
- 2.9. Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко- дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи;
- 2.10. Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях;
- 2.11. Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания);
- 2.12. Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств- синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения;

- 2.13. Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством;
- 2.14. Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории;
- 2.15. Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.

Условия оказания медицинской помощи для застрахованных лиц

1. Застрахованные лица имеют право на:
 - 1) Бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая;
 - a. На всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
 - b. На территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;
 - 2) Выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
 - 3) Замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября;
 - 4) Выбор медицинской организации;
 - 5) Выбор врача путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - 6) Получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
 - 7) Защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
 - 8) Возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;
 - 9) Возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;
 - 10) Защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.
2. Застрахованные лица обязаны:
 - 1) Предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

- 2) Подать в страховую медицинскую организацию заявление о выборе страховой медицинской организации;
 - 3) Уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
 - 4) Осуществить выбор страховой медицинской организации.
3. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.
 4. Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия.
 5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) этой страховой медицинской организации.

ООО «Санаторий-профилакторий "Ковдорский"»

Режим работы:

- стоматологический кабинет(терапевтический)

понедельник, вторник, среда - с 8.30 до 14.30

четверг, пятница - с 8.30 до 13.30

(суббота, воскресенье) - выходной

- стационарная помощь круглосуточно, плановое оформление пациентов (прием врачей) с 8.00 до 20.00 (кроме воскресенья)

Условия оказания медицинской помощи:

Оказание медицинской помощи бесплатно

Защита персональных данных

Возмещение ущерба в связи с причинением вреда.

- стоматологическая (терапевтическая) помощь оказывается по предварительной записи, тел. 76862.

Круглосуточная стационарная помощь по программе долечивание (реабилитация)- принимаются пациенты с санаторно-курортной картой, выпиской от лечащего врача профильного отделения (кардиология, акушерство и гинекология), со страховым полисом.

-размещение в 2-х-местных палатах со всеми удобствами.

-обеспечиваются 4-х-разовым питанием, лекарственными средствами, физиопроцедурами.

Виды оказания медицинской помощи:

Стационарная медицинская помощь:

- Кардиология
- Акушерство и гинекология

Амбулаторно- поликлиническая помощь:

- Стоматология терапевтическая

Критерии доступности и медицинской помощи:

Наименование критерия	Единица измерения
1. Удовлетворенность населения медицинской помощью по результатам опросов	Доля лиц, удовлетворенных медицинской помощью, из числа опрошенных (в процентах) на 2012 г. 93%
2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.	Не было
3. Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	Не было
4. Не допускается приобретение самим пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке, на основании стандартов медицинской помощи.	Не было

Критерии качества медицинской помощи

Наименование критерия	Единица измерения
<p>1.Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц);</p> <p>2.Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий, в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи;</p> <p>3.Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие язвенного заболевания);</p> <p>4.Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств-синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.</p>	<p>Доля лиц, удовлетворенных медицинской помощью, из числа опрошенных (в процентах) на 2012 г.</p> <p>Обращений не было</p> <p>Лечебные мероприятия выполняются согласно стандартов медицинской помощи</p> <p>Не установлено</p> <p>Не установлено</p>