



**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

БЕСПЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

**ПО ПОЛИСУ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

2014

БЕСПЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ПОЛИСУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ОМС)

1. Что такое ОМС?

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой бесплатной медицинской помощи в случае заболевания.

Какие документы регламентируют обязательное медицинское страхование?*

1. Конституция РФ, принята всенародным голосованием 12.12.1993г.
2. Федеральный закон №326-ФЗ от 29 ноября 2010г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
4. Федеральный закон N 2300-1 от 7 февраля 1992 года «О защите прав потребителей».
5. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемая Постановлением Правительства РФ;
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №158н от 28 февраля 2011 г. «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального раз-

вития РФ от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

8. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Челябинской области, медицинской помощи, ежегодно утверждаемая Постановлением Правительства Челябинской области.

* Подробно ознакомиться с данными документами, поправками к ним, изменениями в законодательстве можно на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области www.foms74.ru в разделе «Нормативные документы».

2. Кто может быть застрахован по ОМС?

Застрахованными в системе обязательного медицинского страхования лицами являются граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах» (ст. 10 Федерального закона №326-ФЗ от 29.11.2010г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Застрахованными по ОМС не являются военнослужащие и приравненные к ним в организации оказания медицинской помощи лица.

Застрахованным в системе обязательного медицинского страхования лицам выдается **полис обязательного медицинского страхования**.

3. Как получить полис ОМС?

В соответствии с п. 7-9 «Правил обязательного медицинского страхования» для получения полиса ОМС необходимо лично или через своего представителя обратиться в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе или замене страховой медицинской организации с приложением следующих документов или их заверенных копий, необходимых для регистрации в качестве застрахованного лица:

Категория граждан	Предоставляемые документы
Дети с момента рождения до дня государственной регистрации	Обязательное медицинское страхования осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители.
Дети после государственной регистрации рождения и до 14 лет, являющиеся гражданами РФ	<ol style="list-style-type: none"> 1. свидетельство о рождении; 2. документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; 3. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) при наличии.
Граждане РФ в возрасте 14 лет и старше	<ol style="list-style-type: none"> 1. документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта); 2. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) при наличии.
Лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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.

Категория граждан	Предоставляемые документы
Иностранцы граждане, постоянно проживающие в РФ	<ol style="list-style-type: none"> 1. паспорт иностранного гражданина или иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; 2. вид на жительство; 3. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) при наличии.
Лица без гражданства, постоянно проживающие в РФ	<ol style="list-style-type: none"> 1. свидетельство о рождении; 2. документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; 3. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) при наличии.
Иностранцы граждане, временно проживающие в РФ	<ol style="list-style-type: none"> 1. паспорт иностранного гражданина или 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; 2. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии).
Лица без гражданства, временно проживающие в РФ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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 или документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего личность; 2. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии).

Согласно ст. 5 «Правил обязательного медицинского страхования», 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.

Страховые медицинские организации могут организовать выдачу полисов в месте нахождения застрахованного лица (ст. 61 «Правил обязательного медицинского страхования»).

4. Где действует полис ОМС?

Полис ОМС действует на всей территории России. Если, находясь в другом регионе, Вы сталкиваетесь с препятствиями в получении бесплатной медицинской помощи по полису ОМС, сразу же обращайтесь на горячую линию местного территориального фонда ОМС. Информацию о территориальных фондах ОМС всех регионов России можно найти на сайте ТФОМС Челябинской области www.foms74.ru в разделе «Справочная информация» и в Вашей страховой компании.

5. Где можно лечиться бесплатно по полису ОМС в Челябинской области?

В медицинских организациях, которые включены в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Челябинской области. Перечень медицинских органи-

заций, работающих в ОМС, есть в каждой страховой компании, а также на сайте ТФОМС Челябинской области www.foms74.ru (ст. 15 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»)

6. Когда надо менять полис?

- В случае изменения паспортных данных застрахованного.
- В случае утери полиса.
- В случае установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

Застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении данных документа, удостоверяющего личность, фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

В случае отсутствия по новому месту жительства страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, необходимо осуществить выбор СМО по новому месту жительства в течение одного месяца (на полисе единого образца страховая компания в день обращения внесет свои данные и поставит печать).

7. Когда НЕ надо менять полис?

- При смене места работы. **РАБОТОДАТЕЛЬ НЕ ИМЕЕТ ПРАВА ИЗЫМАТЬ ПОЛИС СОТРУДНИКА ПРИ ЕГО УВОЛЬНЕНИИ.**
- При изменении статуса (увольнении, выходе на пенсию или трудоустройстве).

Проверить, действующий ли у вас полис, можно на сайте ТФОМС Челябинской области www.foms74.ru в разделе «Поиск вашего полиса».

8. КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО ПО ПОЛИСУ ОМС?

Населению Челябинской области в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ, проживающим в Челябинской области, медицинской помощи бесплатно предоставляется:

- 1. амбулаторная медицинская помощь** в городских поликлиниках, женских консультациях, консультативно-диагностических центрах, амбулаторно-консультативных отделениях стационаров, кожно-венерологических диспансерах, стоматологических поликлиниках, включая:
 - посещения участковых врачей, в том числе на дому;
 - консультации врачей-специалистов и диагностические исследования (при наличии направления лечащего врача);
 - диспансеризацию и профилактическую помощь.
- 2. стационарная медицинская помощь**, включая обеспечение лекарственными препаратами, препаратами крови и медицинскими изделиями.
- 3. скорая и неотложная медицинская помощь.**
- 4. медицинская реабилитация.**

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- **экстренная** — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- **неотложная** — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- **плановая** — медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровья.

9. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

Согласно ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», **застрахованные лица имеют право на:**

- 1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:**
 - а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;**

- 6) 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 либо чаще в случае изменения места жительства или 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;
- 4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 6) получение от страховой медицинской организации, территориального фонда и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

- 7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонафицированного 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, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 9) 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;
- 10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

10. ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Согласно ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», **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 лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
- 3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении данных документа, удостоверяющего личность, фа-

мии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

- 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 ранее был застрахован гражданин.

11. ПОРЯДОК ВЫБОРА ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

По полису ОМС гражданин получает амбулаторную медицинскую помощь в поликлинике по месту жительства. Гражданин может поменять свою поликлинику (выбрать другую) один раз в год или чаще – при изменении места жительства. Для этого ему необходимо обратиться с заявлением о прикреплении к выбранной им поликлинике на имя главного врача. Гражданину не вправе отказать в прикреплении к выбранной им поликлинике по месту его фактического проживания (работы, учебы). В случае необходимости амбулаторная медицинская помощь оказывается гражданину врачами поликлиники на дому. При прикреплении гражданина к поликлинике по месту его работы или учебы оказание медицинской помощи на дому осуществляется поликлиникой, в зоне обслуживания которой он фактически проживает. В поликлинике гражданин имеет право выбирать, не чаще чем один раз в год терапевта, педиатра, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера. Для этого необходимо написать заявление на имя главного врача и получить согласие специалиста (ст. 21 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»).

12. В КАКИЕ СРОКИ ДОЛЖНА БЫТЬ ОКАЗАНА МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ?

В рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Челябинской области, медицинской помощи, медицинская помощь должна быть оказана:

- **Незамедлительно** осуществляется осмотр пациента и лечебные мероприятия медицинским работником, к которому обратился гражданин, при состоянии здоровья, требующем оказания экстренной медицинской помощи.
- **В течение 2 часов** должна быть оказана первичная медицинская помощь в неотложной форме.
- **Не более 8 часов** с момента регистрации вызова – оказание медицинской помощи и услуг на дому
- **Не более 10 рабочих дней** с момента обращения составляет срок ожидания приема врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме.
- **Не более 7 рабочих дней** – проведение диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме.
- **Не более 30 рабочих дней** – проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме.
- **Не более 30 календарных дней** с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию – оказание специ-

ализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме.

- Срок ожидания высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Важно знать, что если медицинская организация не может предоставить гражданину необходимую плановую медицинскую помощь в вышеуказанные сроки, то она обязана направить его в другую медицинскую организацию, включенную в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС.

13. Как получить консультации врачей-специалистов, пройти диагностические и лабораторные исследования?

По полису ОМС консультации врачей-специалистов, диагностические и лабораторные исследования, а также лечение в дневном стационаре осуществляются бесплатно по направлению лечащего врача. Лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

14. Что нужно знать о госпитализации?

Плановая госпитализация осуществляется по направлению лечащего врача поликлиники или врача-специалиста. Лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации и о том, какие стационары оказывают медицинскую помощь по соответствующему профилю.

Экстренная госпитализация осуществляется скорой медицинской помощью и при самостоятельном обращении гражданина по экстренным показаниям (при состоянии, угрожающем жизни).

15. Каковы условия размещения пациентов в стационарах?

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях размещение пациентов производится в палаты.

При оказании ребенку медицинской помощи в стационарных условиях до достижения им возраста четырех лет одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации, включая предоставление спального места и питания, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний. В этих случаях плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, не взимается.

По медицинским или эпидемиологическим показаниям размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов также не подлежит оплате за счет личных средств граждан.

16. ЧЕМ ЛЕЧАТ В СТАЦИОНАРАХ СИСТЕМЫ ОМС?

В рамках Территориальной программы госгарантий при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре бесплатно обеспечиваются лекарственными препаратами, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинскими изделиями, компонентами крови. Если пациенту предлагают приобрести за счет личных средств лекарства, расходные материалы, изделия медицинского назначения, необходимо срочно обратиться за разъяснениями к руководству медицинского учреждения или в свою страховую компанию.

17. ЗАЧЕМ НУЖНО ПРОХОДИТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ?

Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях:

- 1) раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, основных факторов риска их развития, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- 2) определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями
- 3) проведения краткого профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и группового профилактического консультирования граждан с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний;

- 4) определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями.

18. КТО ПОДЛЕЖИТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ?

Пройти диспансеризацию может каждый застрахованный по ОМС человек раз в три года в возрасте 21, 24, 27, 30, 33 и т.д. лет. Диспансеризация проводится бесплатно по полису ОМС. Для ее прохождения следует обратиться в регистратуру поликлиники по месту прикрепления.

19. ВАША СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ – ВАШ ГЛАВНЫЙ ЗАЩИТНИК В ОМС

Страховая компания создана для защиты интересов застрахованных граждан, содействия в оказании им необходимой медицинской помощи, контроля ее объемов, сроков, качества и условий предоставления. Страховая компания из средств ОМС оплачивает медицинскую помощь, которая предоставляется пациенту бесплатно по полису ОМС. В страховых компаниях работают опытные специалисты, которые проконсультируют о Ваших правах и возможностях в ОМС, проинформируют о сроках и объемах медицинской помощи, на которые Вы вправе рассчитывать по закону в каждом конкретном случае, разъяснят, какими технологиями и возможностями для Вашего лечения располагают те или иные медицинские организации.

Контактные данные компании, обязанной отстаивать Ваши интересы в ОМС, указаны в Вашем полисе ОМС. Своевременное обращение в страховую компанию в случае возникновения вопросов и препятствий при лечении по полису ОМС является существенным условием получения Вами бесплатной, своевременной и качественной медицинской помощи.

Если Вы не удовлетворены тем, как страховая медицинская организация при Ваших обращениях принимает меры по защите Ваших интересов, ее можно заменить. Это можно сделать один раз в год до 1 ноября, обратившись в пункт выдачи полисов выбранной страховой компании (контактные данные страховых медицинских организаций, работающих в ОМС Челябинской области, а также адреса пунктов выдачи полисов можно найти на сайте www.foms74.ru в разделе «Справочная информация»).

20. Куда обращаться за защитой своих прав?

В случае нарушения права гражданина на получение бесплатной медицинской помощи, гражданин должен обратиться:

- 1) к руководству медицинского учреждения, в котором были нарушены права пациента;
- 2) в страховую медицинскую организацию, в которой застрахован гражданин (наименование и контактные данные страховой медицинской организации можно найти на полисе ОМС);
- 3) в органы управления здравоохранением;
- 4) в ТФОМС Челябинской области;
- 5) в органы прокуратуры, суд.

В данном буклете представлены данные по состоянию на 01.07.2014 г. При изменении законодательства возможны изменения отдельных положений, сроков, порядков. С действующими нормативными документами, регулирующими сферу ОМС, можно ознакомиться на сайте ТФОМС Челябинской области www.foms74.ru

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Страховые медицинские организации, работающие в сфере ОМС Челябинской области:

Телефон «горячей» ТФОМС Челябинской области по вопросам получения полисов ОМС и оказания бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС **8-800-300-1-003 (звонок бесплатный).**

Телефон «горячей линии» Министерства здравоохранения Челябинской области по вопросам оказания медицинской помощи **(351) 263-96-70.**

Наименование	Официальный сайт	Телефон «горячей» линии
ООО СМК "Астра-Металл"	www.astrametall.ru	8-800-200-00-71
Челябинский филиал ООО "СМК РЕСО-Мед"	www.reso-med.com	8-800-200-92-04
ООО "СК "Ингосстрах-М", филиал в г. Челябинск	www.ingos-m.ru	8-800-100-77-55
Екатеринбургский филиал ОАО "СК "СОГАЗ-Мед"	www.sogaz-med.ru	8-800-100-07-02
ЗАО "СМК АСК-Мед", филиал "ЮЖУРАЛ-АСКО"	www.acko.ru	(351) 734-00-00
Челябинский филиал ООО "АльфаСтрахование-ОМС"	www.alfastrahms.ru	8-800-555-10-01
Челябинский филиал ОАО "СК "АСКОМЕД"	www.askomed.ru	(351) 734-00-00

По заказу ТФОМС Челябинской области, 2014 год.



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ