

Памятка владельцу полиса ОМС

Для соблюдения законных интересов застрахованных лиц и защиты их прав в сфере обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Федеральным законом РФ от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», обязательное медицинское страхование (далее ОМС) является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Страховой медицинский полис обязательного страхования граждан является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования. Страховой полис выдается страховой медицинской организацией (СМО), как правило, по месту жительства.

К застрахованным лицам при наличии полиса ОМС относятся:

- граждане РФ за исключением военнослужащих и приравненных к ним организаций;
- иностранные граждане и лица без гражданства постоянно или временно проживающие в РФ;
- лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

Выданные ранее, до введения в действие закона об ОМС, полисы ОМС, независимо от статуса застрахованных лиц (работающие, неработающие), являются действительными на всей территории РФ до замены их на полисы ОМС единого образца. Замена полисов осуществляется по мере обращаемости граждан.

В случае изменения застрахованным гражданином фамилии, имени, отчества, пола, места жительства или места пребывания (на другой субъект РФ), обнаружения ошибок в записях выдача (замена) страхового медицинского полиса должна производиться по предъявлению документов, подтверждающих данные изменения, при этом ранее полученный страховой медицинский полис подлежит возврату.

ОСНОВНЫЕ ПРАВА ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ:

1. 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;

б) 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 в сфере охраны здоровья;

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

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, 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.

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 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 фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность,

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.

СОВЕТЫ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ:

1. Информационная поддержка.

В соответствии с **Федеральным законом от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** информационную поддержку обязана обеспечивать та страховая медицинская организация, которая выдала полис ОМС. На сегодняшний день в России действуют 48 страховых медицинских организаций. По рейтингу Федерального фонда обязательного медицинского страхования по Российской Федерации лучшими являются: ООО «Росгосстрах-Медицина», АО МАСК «МАКС-М», ОАО «СК СОГАЗ-Мед», ООО «ВТБ МС», ООО «АльфаСтрахование МС». **Всю информацию по территориальному принципу можно увидеть на сайте ФФОМС <http://www.ffoms.ru/system-oms/analyst-ratings/details/?link=1>**.

Как правило, у страховых компаний есть круглосуточные «горячие линии», куда застрахованный может позвонить в любое время, чтобы задать вопросы и получить консультацию. Кроме того, в настоящее время для оказания гражданам справочно-консультационной поддержки территориальными фондами ОМС совместно со страховыми компаниями создаются единые контактные центры на территории субъектов РФ (**Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 декабря 2015 г. № 271 «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования»**).

Застрахованное лицо может получить ответы на любые вопросы, связанные с организацией оказания медицинских услуг: о перечне бесплатных медицинских услуг в рамках ОМС, какой срок отведен на ожидание для получения услуги, как на практике воспользоваться правом выбора медучреждения или врача и т.д.

2. Бесплатные медицинские услуги: от первой медпомощи до высокотехнологичного лечения.

В рамках базовой программы ОМС (<http://www.ffoms.ru/>) застрахованные вправе получить основной объем медицинской помощи в любом регионе. То есть необходимые медицинские услуги по полису ОМС предоставляются независимо от регистрации по месту жительства («прописки»).

С 2013 года в базовую программу ОМС входит проведение бесплатной диспансеризации (**Приказ Минздрава России от 03 февраля 2015 № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных**

групп взрослого населения»), которую можно пройти в поликлинике по месту жительства (прикрепления). Она позволяет проходить диагностику без непосредственных медицинских показаний – для максимально раннего выявления самых распространенных неинфекционных хронических заболеваний, в том числе в программу добавлена услуга по экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО).

Помимо базовой, есть территориальные программы ОМС – их утверждает каждый регион (<http://www.ffoms.ru/system-oms/territorial-funds/>)

Такая программа может быть равна или больше базовой и рассчитана именно на жителей конкретного региона. Также с 2014 года в систему ОМС включена высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП).

3. Выбор страховой организации.

Выбрать/поменять страховую компанию по закону можно один раз в течение календарного года. Список компаний, работающих в системе ОМС, можно найти на сайтах регионального фонда обязательного медицинского страхования по вашему месту жительства и федерального фонда ОМС. На сайтах самих страховых организаций увидите список документов, которые нужно подать в страховую. Если у вас есть сложности с доступом к интернету, то все перечисленные данные также можно получить при личной явке в региональный фонд ОМС или обратившись на телефон единого контакт-центра ОМС субъекта РФ.

4. Защита прав пациентов.

На страховые медицинские организации по закону возложена обязанность бесплатно защищать права застрахованного. Если в поликлинике или больнице вам навязывают платные медицинские услуги, задерживают обследования либо госпитализацию, некачественно лечат – все жалобы вы можете смело адресовать своей страховой компании. Важно знать, что страховые организации независимы от лечебных учреждений уполномочены контролировать качество медицинской помощи.

5. Страховой представитель.

Страховой представитель – сотрудник страховой медицинской организации, работающий в сфере ОМС, который в рамках своей деятельности будет сопровождать застрахованное лицо на всех этапах оказания медицинской помощи, курировать ход лечения, оказывать правовую поддержку, инициировать и организовывать проведение экспертиз качества оказанной медицинской помощи. **(Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 мая 2016 г. № 88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи»).**

Система страховых представителей включает в себя **три уровня**.

К первому уровню (с 1.06.2016) отнесены специалисты контакт-центра страховых медицинских организаций, предоставляющие гражданам необходимые консультации по типовым, наиболее распространенным вопросам. В их обязанности входит осуществление приема звонков от населения, предоставление консультаций о наличии права выбора страховой компании, медицинской организации, порядка получения различных видов медицинской помощи и по другим наиболее частым вопросам.

Страховые представители **второго уровня (с 1.01.2017)** организуют информирование и сопровождение застрахованных лиц при госпитализации, предоставляют информацию о перечне и стоимости медицинских услуг, оказанных пациенту за счет средств ОМС, консультируют пациентов, столкнувшихся с нарушением прав при оказании медицинской помощи, а также информируют застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации и профилактическим осмотрам, о возможности и порядке их прохождения.

На третьем уровне (с 1.01.2018) специалисты проводят анализ показателей здоровья населения по результатам диспансеризации, осуществляют работу с застрахованными лицами, страдающими хроническими заболеваниями, подлежащими диспансерному наблюдению.