

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ОМС)

Что такое обязательное медицинское страхование?

Обязательное медицинское страхование – это государственная система социальной защиты интересов граждан в охране здоровья.

Цель ОМС – обеспечить всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Как образуются финансовые средства ОМС?

Финансовые средства системы ОМС формируются из поступлений страховых взносов от работодателей (в виде отчислений от единого социального налога в размере 3,6%), а также платежей из бюджета на неработающее население.

Что дает обязательное медицинское страхование гражданину Российской Федерации?

ОМС обеспечивает всем гражданам РФ, независимо от пола, возраста, места проживания и социального статуса, равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет финансовых средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования (ОМС).

Что такое Базовая программа обязательного медицинского страхования?

Базовая программа обязательного медицинского страхования – составная часть программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств ОМС, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой ОМС, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в

перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, в следующих случаях:
инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых 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 аборты;

отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период. Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Что такое Территориальная программа обязательного медицинского страхования?

Территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть территориальной программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации в объеме, установленном территориальной программой ОМС.

Территориальная программа государственных гарантий включает в себя: перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований;

перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи);

перечень лекарственных средств, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50- процентной скидкой со свободных цен;

перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы.

Территориальная программа ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой ОМС, и может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой, предоставляемых жителям данного конкретного региона.

Ознакомиться с территориальной программой государственных гарантий граждане имеют право в учреждении здравоохранения, страховой медицинской организации, выдавшей им страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования, органе управления здравоохранением, в территориальном фонде

обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, на сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Какие виды медицинской помощи могут оказываться медучреждениями на коммерческой основе, то есть за счет личных средств граждан?

Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги: на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе: установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара; применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи; при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации; гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации; при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Платные медицинские услуги предоставляются гражданам сверх гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи.

При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

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; незаконное взимание денежных средств в кассу медицинских организаций за оказание за плату медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий; 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; несоблюдение сроков предоставления плановой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий; отказ в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Где можно получить подробную информацию об ОМС?

Подробную информацию по вопросам обязательного медицинского страхования можно получить у экспертов страховой компании, которая Вас обслуживает, в Территориальном фонде ОМС, у дежурного инспектора Комитета по здравоохранению по телефону, у оператора круглосуточной справочной службы медико-социальной помощи. ПОЛИС ОМС

Что такое полис ОМС?

Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.

В страховом полисе указываются сведения о владельце полиса, номер и сроки действия договора страхования, отметка о прикреплении застрахованного к выбранной им поликлинике, телефон для связи со страховой компанией, по которому застрахованному ответят на любые вопросы, касающиеся получения медицинской помощи в системе ОМС и защите его прав.

Зачем нужен полис ОМС?

Он дает право гражданину на получение бесплатной медицинской помощи в базовых поликлинике, травматологическом пункте, кожно-венерологическом диспансере, стоматологической поликлинике по месту проживания, лечение и обследование в городских и межрайонных лечебно-диагностических центрах, онкологических диспансерах, а также в стационарах, участвующих в выполнении программы ОМС.

Где можно получить и обменять полис ОМС?

С 1 января 2011 года в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г № 326-ФЗ каждый гражданин может самостоятельно выбрать страховую компанию и получить полис ОМС.

Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом путем подачи заявления в выбранную страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом ОМС на его официальном сайте в сети интернет и может дополнительно опубликовываться иными способами.

В день подачи заявления застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования либо временное свидетельство.

Где действует полис ОМС, выданный по месту вашего места жительства?

Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования действителен на всей территории Российской Федерации.

Любой отказ в медицинской помощи по причине предъявления страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования, выданного вне территории страхования, неправомерен.

Переоформление полиса ОМС

Переоформление полиса осуществляется в случаях изменения фамилии, имени, отчества, места жительства, данных документа, удостоверяющего личность, а также в случаях: изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица; установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе. Застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменениях в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли, путем обращения в страховую медицинскую организацию с документами, подтверждающими произошедшие изменения.

В случае изменения места жительства и отсутствия в регионе нового проживания страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, необходимо обратиться в любую другую страховую компанию, работающую в регионе, и подать заявление о замене страховой компании.

Что делать, если полис ОМС утерян?

Выдача дубликата полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса в случаях: 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); утери полиса.

В этом случае застрахованный обязан лично или через представителя страхователя (работодателя) известить об этом страховую компанию в письменном или устном виде с указанием обстоятельств утраты полиса.

Утраченный полис считается недействительным и исключается из единой информационной базы системы ОМС. Страховая компания обязана обеспечить застрахованного гражданина повторно выдаваемым страховым полисом. За дополнительной информацией и разъяснениями необходимо обращаться в свою страховую компанию или территориальный фонд ОМС, подробная информация содержится также на информационном портале ffoms.ru.