

ПОЛИС ОМС

- **Полис ОМС является документом, гарантирующим** получение бесплатной медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) на всей территории Российской Федерации по программе ОМС;
- **На полисах ОМС** указан адрес и номер телефона Вашей страховой компании, которая обязана консультировать Вас в случае возникновения проблем при получении медицинской помощи и защищать Ваши права;
- **Полис ОМС действует на всей территории Российской Федерации.** Любой отказ в оказании медицинской помощи по причине предъявления полиса, выданного вне территории обращения за медицинской помощью, неправомерен. Для защиты Ваших прав при получении медицинской помощи вне территории страхования необходимо обращаться в территориальный фонд ОМС того региона, куда Вы прибыли;
- **Отправляясь в поездку, обязательно берите с собой полис ОМС.** При обращении за плановыми медицинскими услугами застрахованные граждане должны предъявлять полис ОМС;
- **Скорая медицинская помощь в экстренной и неотложной форме** оказывается гражданам независимо от наличия полиса ОМС и других документов.

NB: Полис ОМС выдается гражданину бесплатно. Для этого необходимо написать заявление в выбранную страховую компанию. Список страховых медицинских организаций размещён на сайте территориального фонда ОМС Архангельской области www.arhofoms.ru. Полис ОМС подлежит обязательной замене при смене паспортных данных. Все полисы ОМС, выданные лицам, застрахованным до 31.12.2010, независимо от срока окончания их действия и указанного статуса застрахованного лица (работающий/неработающий) действительны до замены их на полисы ОМС единого образца или УЭК (универсальная электронная карта).

КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПО ПОЛИСУ ОМС БЕСПЛАТНО

Виды, условия и формы оказания медицинской помощи, а также сроки её предоставления определены территориальной программой государственных гарантий, ежегодно утверждаемой Правительством Архангельской области. С территориальной программой государственных гарантий можно ознакомиться на сайте территориального фонда ОМС Архангельской области www.arhofoms.ru.

По полису ОМС бесплатно оказывается медицинская помощь при следующих заболеваниях:

- инфекционные и паразитарные болезни (за исключением болезней, передающихся 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;
- беременности, роды, послеродовый период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

СИТУАЦИИ, ПРИ КОТОРЫХ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ОКАЗЫВАЮТСЯ ЗА ПЛАТУ (ПО ЖЕЛАНИЮ ПАЦИЕНТА):

Платно предоставляются медицинские услуги:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий;
- 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 обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень;
- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;
- при оказании медицинских услуг анонимно;
- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

При оказании платных медицинских услуг между потребителем (заказчиком) и исполнителем должен быть заключен договор в письменной форме.

ПРЕДЕЛЬНЫЕ СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОМС

АМБУЛАТОРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- Оказание медицинской помощи по неотложным показаниям в амбулаторных условиях осуществляется в день обращения;
- Сроки ожидания плановых консультаций врачей-специалистов и диагностических исследований: в поликлиниках – не более 14 дней; в консультативных поликлиниках и консультативно-диагностических центрах – не более 1 месяца; сроки ожидания компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии – не более 3 месяцев.

NB: Если медицинская организация не может предоставить гражданину медицинскую помощь в установленный законом срок, она обязана направить его в другое медицинское учреждение из списка организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, где необходимая медицинская помощь будет оказана в установленные сроки. Если гражданин согласен на ожидание медицинской помощи сверх нормативных сроков, такое согласие должно быть оформлено письменно.

СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- Срок ожидания плановой госпитализации – до 1 месяца;
- Осмотр пациента в приемном отделении при госпитализации не должен превышать одного часа;
- Осмотр пациента и лечебные мероприятия при состоянии здоровья, требующем оказания экстренной медицинской помощи, осуществляются медицинским работником, к которому обратился гражданин, незамедлительно; повторный осмотр – не позднее, чем через час после перевода в профильное отделение.

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ИМЕЮТ ПРАВО НА:

1. **Оказание медицинской помощи бесплатно** на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой Программой ОМС, а на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС;

2. **Выбор страховой компании** путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС. Для ребенка до достижения им совершеннолетия выбор осуществляется его родителями или законным представителем;
3. **Замену страховой компании**, 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 ОМС, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую компанию;
4. **Выбор медицинского учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях** из числа медицинских учреждений, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и участвующих в реализации территориальной программы ОМС, **один раз в год (чаще, чем 1 раз в год – при перемене места жительства)**. Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Архангельске и Архангельской области, размещён на сайте территориального фонда ОМС Архангельской области www.arhofoms.ru;
5. **Выбор медицинского учреждения для лечения в стационарных условиях** из перечня учреждений, работающих в ОМС и принимающих пациентов соответствующего профиля. Информацию о медицинских учреждениях для лечения в стационарных условиях вам обязан предоставить врач, направляющий на госпитализацию и ваша страховая медицинская организация;
6. **Выбор врача** с учетом его согласия путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинского учреждения;
7. **Получение** от территориального фонда ОМС, страховой компании и медицинских учреждений **достоверной информации о видах, качестве и условиях** предоставления медицинской помощи;
8. **Защиту персональных данных** (сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении);
9. **Возмещение** медицинским учреждением **ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением им обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;
10. **Обследование, лечение и содержание в условиях**, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
11. **Информированное добровольное согласие (отказ)** на медицинское вмешательство;
12. **Получение информации о своих правах** и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии своего здоровья;
13. **Непосредственное знакомство с медицинской документацией**, отражающей состояние своего здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
14. **Обращение с жалобой** к руководителю или иному должностному лицу медицинского учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации, либо в суд в случаях нарушения его прав;
15. **Защиту прав и законных интересов** в сфере ОМС.

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ОБЯЗАНЫ:

1. **Предъявить полис ОМС** при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
2. **Уведомить** страховую компанию **об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства** в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
3. **Осуществить выбор** страховой компании по новому месту жительства **в течение одного месяца** в случае изменения места жительства и отсутствия страховой компании, в которой ранее был застрахован гражданин;

4. **В случае утраты полиса ОМС** обратиться в страховую компанию, в которой Вы были застрахованы, с заявлением о выдаче дубликата полиса ОМС.

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ОБЯЗАНА:

1. **Выдавать** полисы ОМС;
2. **Оплачивать** оказанную Вам медицинскую помощь;
3. **Обеспечивать защиту** Ваших прав и законных интересов в сфере ОМС;
4. **Информировать** Вас о правах на получение бесплатных медицинских услуг, перечне медицинских учреждений, предоставляющих медицинскую помощь по территориальной программе ОМС, порядке организации приема застрахованных, о правах пациента;
5. **Контролировать** объем, сроки, качество и условия предоставленной Вам медицинской помощи;
6. **Изучать мнение** застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи.

МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБЯЗАНО:

1. **Оказывать** застрахованным гражданам медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС;
2. **Предоставлять** застрахованным гражданам **полную, своевременную и достоверную информацию** о видах, условиях и формах предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
3. **Заполнять** при оказании медицинской помощи информированное добровольное согласие (либо отказ) гражданина на медицинское вмешательство;
4. **Проводить разбор жалоб и обращений** граждан по поводу оказания и условий предоставления медицинской помощи, а также обращений, связанных с вопросами этики и деонтологии.

ЕСЛИ ВОЗНИКЛИ ПРОБЛЕМЫ:

1. **При возникновении конфликтной ситуации** в поликлинике или стационаре обращайтесь за помощью к заведующему отделением или к заместителю руководителя медицинского учреждения по медицинской части;
2. **Если Ваши права нарушены, обращайтесь в страховую компанию.** Заявление, поданное в письменном виде, повышает возможности страховой компании по защите Ваших прав;
3. **Если в 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 действительно может быть оказана Вам только на платной основе;
4. **Если при обращении за медицинской помощью Вам приходится оплачивать оказанную медицинскую помощь,** обязательно оформляйте договор, сохраняйте чеки и обращайтесь в страховую компанию за разъяснением обоснованности Ваших затрат.

NB: Старайтесь при каждом случае, когда предлагают оплатить медицинские услуги, в первую очередь, получить консультацию по данному вопросу в страховой компании, полис которой Вы имеете.

Если вы хотите задать вопрос или считаете, что ваши права нарушены, ЗВОНИТЕ!

На полисах ОМС указан адрес и номер телефона Вашей страховой компании, которая обязана консультировать Вас в случае возникновения проблем при получении медицинской помощи и защищать Ваши права.

Филиалы страховых компаний, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Архангельской области:

Наименование страховой компании	Адрес	Контакты
Архангельский филиал ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»	163069, г. Архангельск, Набережная Северной Двины, 112, корп.3	28-50-40 28-55-95
филиал ООО «РГС-Медицина»-«Росгосстрах-Архангельск-Медицина»	163000, г. Архангельск, ул. Поморская, 5, офис 420	20-79-49 20-92-77

Если у Вас есть претензии к работе Вашей страховой компании, обращайтесь в:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области	163000 г. Архангельск, пр. Ч-Лучинского, 39, корп. 1	20-03-40 20-89-72
---	--	----------------------

Помните: ваше здоровье – в ваших руках!

www.arhofoms.ru
(8182) 28-58-62



ОМС – ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ВАШИ ПРАВА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ БЕСПЛАТНОМ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ТФОМС АО

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ