

ЧТО ТАКОЕ ПОЛИС ОМС?

Полис обязательного медицинского страхования (ОМС) - документ, который даёт право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории местонахождения застрахованного и в рамках базовой программы ОМС на территории всей России.

КТО ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ ПОЛИС ОМС?

Право на получение полиса ОМС имеют все граждане России со дня регистрации рождения, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в оказании медицинской помощи лиц.

Полис могут получить иностранные граждане и лица без гражданства - на время проживания в России после регистрации в соответствующих органах. А ещё беженцы, вынужденные переселенцы и граждане из государств ЕАЭС.

Всем застрахованным в системе обязательного медицинского страхования с 1 декабря 2022 года стали доступны цифровые полисы ОМС.

Если ранее полис ОМС изготавливался Гознаком на бумажном носителе или в форме пластиковой карточки с электронным носителем, на котором записана информация о застрахованном лице, то теперь полис ОМС является цифровым. То есть это цифровой код записи о застрахованном гражданине в едином регистре застрахованных лиц Государственной информационной системы ОМС.

Цифровой полис - это удобно. Носить с собой пластиковый или бумажный вариант больше не нужно. Можно просто показать электронный документ на экране телефона, скачав мобильное приложение «Госуслуги». Если привычней иметь при себе полис ОМС на материальном носителе, можно распечатать выписку. Также цифровой полис позволит гражданам получать бесплатную медицинскую помощь по документам, удостоверяющим личность.

КАК ПОЛУЧИТЬ ЦИФРОВОЙ ПОЛИС ОМС?

Если вы застрахованы в системе ОМС и у вас есть бумажный или пластиковый полис, то в ЕРЗ уже сформирован ваш цифровой полис. Оформить его потребуется лишь тем, кто получает полис ОМС впервые, например, при получении российского гражданства.

Цифровой полис ОМС может быть выдан страховой медицинской организацией по заявлению гражданина в виде документа на материальном носителе - **ВЫПИСКИ ИЗ ЕДИНОГО РЕГИСТРА ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ,**

включающей информацию о застрахованном лице и графическое изображение цифрового кода полиса ОМС.

Помимо этого застрахованным в Ставропольском крае лицам функция печати выписки о полисе ОМС доступна и в личном кабинете на официальном сайте Территориального фонда в сети «Интернет». При идентификации в «Личном кабинете» используются логин и пароль портала «Госуслуги». Там же можно проверить актуальность паспортных данных в регистре застрахованных лиц.

Кроме того, полис ОМС может быть выдан в виде ШТРИХОВОГО КОДА, выполненного посредством использования портала «Госуслуги», и самостоятельно записан застрахованным на доступный носитель электронной информации.

Сервисы для управления полисом ОМС доступны в перечне услуг раздела «Здоровье» ЕПГУ. Чтобы сведения о полисе отражались в личном кабинете необходимо в форме «Согласия и доверенности» профиля учётной записи пользователя оформить согласие на получение данных от Федерального фонда ОМС.

Все новорожденные с 1 декабря 2022 года автоматически вносятся в ЕРЗ на основании свидетельства о рождении, выданного органами ЗАГС. Но страховую медицинскую организацию для ребёнка родители должны выбрать самостоятельно.

НАДО ЛИ МЕНЯТЬ «СТАРЫЕ» ПОЛИСЫ?

Полученные ранее полисы ОМС - как бумажные, так и пластиковые, выдаваться больше не будут, но продолжают действовать и замены не требуют.

С ЧЕМ ТЕПЕРЬ ИДТИ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ?

Если ваши персональные данные до 1 декабря 2022 года не обновлялись, то для вас ничего не меняется. При обращении за медицинской помощью вы можете предъявить по своему выбору: полис ОМС, или выписку из ЕРЗ, или документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина России, для детей до 14 лет - свидетельство о рождении).

При этом медицинская организация обязана проверить действительность полиса ОМС в ЕРЗ. В случае возникновения трудностей с идентификацией, вы можете связаться со своей страховой медицинской организацией по бесплатному круглосуточному номеру телефона. Потому что медицинская помощь, за исключением случаев получения медпомощи в экстренной форме, по предъявлению паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, оказывается при наличии технической возможности однозначной идентификации застрахованного лица. Для проверки действительности полиса ОМС каждой медицинской организации, работающей на территории Ставропольского края,

представлен online-доступ к реестру застрахованных лиц. Операторы медицинских организаций могут в режиме реального времени проверить действительность записи о страховании пациента в базе данных фонда ОМС. Тем не менее я бы рекомендовала при обращении в медорганизацию иметь при себе полис, выписку или иной документ, содержащий единый номер полиса. Это повысит оперативность установления факта страхования и позволит снизить риск возникновения конфликтных ситуаций, если гражданин своевременно не информировал страховую компанию об изменении или получении паспорта.

КОГДА НАДО МЕНЯТЬ ПОЛИС ОМС?

Для россиян полис ОМС бессрочный, и его номер не меняется. При изменении персональных данных необходимо уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени и отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места фактического проживания, а также контактных данных для связи со страховым представителем в течение 1 месяца со дня, когда эти изменения произошли.

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ ПОТЕРЯЛИ ПОЛИС ОМС?

Цифровой полис ОМС можно оформить в личном кабинете на Едином портале государственных услуг (ЕПГУ) и сохранить в смартфоне или в другом электронном устройстве. А также получить в виде выписки из ЕРЗ с данными вашего полиса и штрих-кодом, которая выдается по запросу в вашей страховой медицинской организации.

Кроме этого, на «Госуслугах» можно:
получить полис первый раз - себе или ребёнку;
сменить регион страхования или страховую организацию;
приостановить или возобновить действие полиса - касается военнослужащих и граждан, исполняющих обязанности приравненной к военной службы;
прикрепиться к поликлинике.

Как получить цифровой полис ОМС с помощью портала «Госуслуги»: ШАГ 1 - ЗАРЕГИСТРИРУЙТЕСЬ НА ПОРТАЛЕ «ГОСУСЛУГИ»

Чтобы получить подтверждённую учётную запись, необходимо зарегистрироваться, указав в регистрационной форме на портале свою фамилию, имя, мобильный телефон или СНИЛС, а также адрес электронной почты. После клика на кнопку регистрации - получить СМС с кодом подтверждения регистрации. Далее необходимо подтверждение личных данных: заполнение профиля пользователя (укажите СНИЛС и данные документа, удостоверяющего личность). После проверки данных на указанный пользователем электронный

адрес будет направлено уведомление о результатах проверки. Это может занять от нескольких часов до нескольких дней.

Самый простой и быстрый способ создать подтверждённую учётную запись - онлайн через интернет-банк, перечень которых есть на «Госуслугах». Помимо этого, получить подтверждённую учётную запись на портале «Госуслуги» можно, посетив лично один из Центров обслуживания с паспортом и СНИЛС, заказав из профиля код подтверждения личности по Почте России или использовав квалифицированную электронную подпись.

ШАГ 2 - ВЫБЕРИТЕ СТРАХОВУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ

Для получения полиса авторизованному пользователю портала «Госуслуги» в разделе «Здоровье» необходимо выбрать услугу «Управление полисом ОМС», далее - указать кому нужно оформить полис: себе или ребёнку, выбрать регион страхования и страховую компанию - отправить заявление. Цифровой полис будет оформлен и появится в личном кабинете пользователя через один рабочий день.

Также можно воспользоваться мобильным приложением «Госуслуги». Полис ОМС отобразится в разделе «Документы» и всегда будет в телефоне.

ШАГ 3 - ПОЛУЧИТЕ ВЫПИСКУ О ПОЛИСЕ ОМС

В личном кабинете портала «Госуслуги» можно проверить данные о полисе ОМС, скачать выписку и распечатать. Если сведений о страховании нет, их нужно запросить, предварительно оформив согласие на получение информации от Федерального фонда обязательного медицинского страхования в рубрике «Согласия и доверенности» профиля пользователя личного кабинета.

Если запись о вас содержится в едином регистре застрахованных лиц, но на портале «Госуслуги» сведения о полисе ОМС не отражаются, возможной причиной могут быть некорректные данные документа, удостоверяющего личность. В этом случае необходимо обратиться в свою страховую компанию для актуализации данных паспорта, либо актуализировать эти сведения на портале «Госуслуги».

Кроме того, сведения о полисе ОМС не отражаются в личном кабинете пользователя, который не дал согласие на получение данных от Федерального фонда ОМС. Такое согласие необходимо оформить в разделе «Профиль», в подразделе «Согласия и доверенности». Если в перечне действующих согласий указан ФОМС, но сведения о полисе ОМС не отражаются, причиной может быть техническая ошибка регистрации согласия. Для её устранения рекомендуется «отозвать согласие» и через некоторое время вновь его оформить.

При изменении персональных данных (фамилия, имя, дата рождения и т.д.) или при выявлении ошибочных сведений полис необходимо переоформить, обратившись в свою страховую компанию.

Кроме того, вы обязаны уведомить свою страховую компанию об изменении данных документа, удостоверяющего личность или места регистрации в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

О перемене места проживания и контактной информации можно уведомить свою страховую компанию, отправив сообщение в «Личном кабинете застрахованного лица» на сайте ТФОМС СК.

Застрахованные лица имеют право на замену страховой медицинской организации, в которой ранее были застрахованы, один раз в течение календарного года, но не позднее 1 ноября, либо чаще в случае изменения места жительства. Для этого необходимо обратиться в выбранную страховую медицинскую организацию, работающую в субъекте вашего проживания, с заявлением.

ПРИКРЕПЛЕНИЕ К ПОЛИКЛИНИКЕ

Для прикрепления к поликлинике нужно подать в выбранную вами медицинскую организацию заявление о прикреплении на имя главного врача и предоставить документ, удостоверяющий личность, СНИЛС и полис ОМС или выписку о полисе ОМС. При выборе поликлиники следует помнить, что территориально-участковый принцип выбора является приоритетным ввиду того, что в случае болезни участковый врач должен иметь возможность лечить пациента на дому.

Заменить поликлинику прикрепления можно не чаще, чем один раз в год, за исключением случаев изменения места жительства или места вашего пребывания. Кроме того, если вы не писали заявление о прикреплении, то считаетесь прикрепленным к поликлинике, обслуживающей адрес вашего проживания.

В случае переезда в другой регион или населенный пункт на длительное время целесообразно оформить прикрепление к поликлинике по месту проживания. Плановая и профилактическая медицинская помощь оказывается по месту прикрепления пациента.

При нахождении на отдыхе или в командировке необходимости в прикреплении к поликлинике нет. При ухудшении состояния здоровья неотложную медицинскую помощь обязаны оказать.

Для разных видов и форм оказания бесплатной медицинской помощи по ОМС предусмотрены разные сроки, в которые её можно получить.

Безотлагательно оказывается медицинская помощь в экстренной форме.

До 20 минут - время, за которое бригада скорой медицинской помощи должна доехать с момента вызова до пациента для оказания скорой медицинской экстренной помощи.

До 2 часов - срок ожидания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должен превышать 2 часа с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Максимум 24 часа - срок ожидания приёма терапевта, участкового педиатра и врача общей практики не должен превышать суток с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Срок ожидания планового приема врачом-специалистом - не более 14 рабочих дней со дня обращения в медицинскую организацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями - не более 3 рабочих дней.

Срок ожидания диагностических исследований (рентген, маммография, УЗИ, КТ, МРТ) - не более 14 рабочих дней со дня назначения лечащим врачом, для пациентов с онкологическими заболеваниями - не более 7 рабочих дней.

При затягивании сроков лечения обратитесь к страховому представителю по телефону, указанному на вашем полисе.

В случае, если в медицинской организации на момент обращения пациента отсутствует необходимое оборудование или нужный специалист, лечащий врач, при наличии у пациента медицинских показаний для проведения того или иного обследования или консультации, обязан выдать направление в другое лечебное учреждение. Необходимое исследование будет проведено в порядке очереди, бесплатно, по полису ОМС.

Чтобы не оплачивать медпомощь, которую каждый может получить бесплатно в медицинской организации, работающей в сфере ОМС, до момента оплаты свяжитесь со своим страховым представителем по телефону. Специалист разъяснит возможности бесплатного лечения и при необходимости окажет содействие в получении медицинской помощи по полису ОМС.

Кроме того, вы имеете право обратиться к должностному лицу медицинской организации и в органы управления здравоохранением.

Если лечение проходило в дневном или круглосуточном стационаре, и больной за счет личных средств приобретал назначенные ему медикаменты, которые на момент лечения должны были находиться в лечебном учреждении, то он вправе требовать компенсацию с учреждения. Для этого нужно обратиться с заявлением в страховую медицинскую организацию для защиты своих прав. При амбулаторном лечении пациенты не обеспечиваются лекарственными препаратами из средств ОМС.

Если вам требуется консультация, содействие при получении бесплатной медицинской помощи, считаете, что ваши права нарушены или получили отказ в оказании медицинской помощи - обратитесь к страховому представителю.

Нарушениями прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в системе ОМС считаются:

- незаконное взимание врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций денежных средств за оказание медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий;
- приобретение пациентами за счёт личных средств в период стационарного лечения лекарственных средств и изделий медицинского назначения из утверждённого территориальной программой государственных гарантий перечня жизненно необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
- несоблюдение сроков предоставления плановой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, при наличии направления;
- отказ в плановой госпитализации при наличии направления или в экстренной ситуации;
- непроведение необходимых обследований или консультаций специалистов по направлению врача;
- направление врачами амбулаторной сети в коммерческие медицинские организации для выполнения за счёт личных средств граждан исследований, предусмотренных в рамках Территориальной программы медицинскими организациями, по ОМС.

Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за её оказание медицинской организацией и работниками не допускаются.

Госпитализация в федеральные клиники

С 1 января 2021 года в работе системы отечественного здравоохранения произошли существенные изменения, целью которых является обеспечение доступности медицинской помощи более высокого уровня за счёт концентрации на базе федеральных государственных учреждений наиболее высококвалифицированных кадров и наиболее сложных, а зачастую уникальных методов лечения.

Национальные цели обеспечение устойчивого развития численности населения Российской Федерации и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году и до 80 лет к 2030 году достигаются целым комплексом мер в сфере здравоохранения. Задача реформы системы обязательного медицинского страхования - это доступная, своевременная и качественная помощь любому жителю страны.

Реформы в здравоохранении стали возможны благодаря изменениям, произошедшим в системе обязательного медицинского страхования. Согласно поправкам, внесённым 8 декабря 2020 года в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральный фонд обязательного медицинского страхования напрямую, минуя страховые медицинские организации, оплачивает специализированную медицинскую помощь, оказанную федеральными клиниками.

Это означает, что независимо от места проживания гражданам становится доступно лечение в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и иным федеральным органам власти.

КАК ПОЛУЧИТЬ НАПРАВЛЕНИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

Порядок, утверждённый приказом Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н, устанавливает, что направление пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, осуществляется лечащим врачом медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной

медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи по территориальной программе ОМС.

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» пациенты имеют право на выбор медицинской организации, в том числе федерального уровня. Лечащий врач обязан проинформировать пациента о возможности выбора федеральной медицинской организации, в том числе о возможных сроках ожидания специализированной медицинской помощи, которые могут превышать сроки ожидания, установленные программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Направление в форме электронного документа или на бумажном носителе оформляется лечащим врачом, определившим нижеуказанные показания к получению специализированной медпомощи в федеральных клиниках:

- нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;

- необходимость применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в рамках территориальной программы;

- необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств в вышеуказанных случаях;

- высокий риск хирургического лечения в связи с осложнённым течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;

- необходимость повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации;

- необходимость дополнительного обследования в сложных для диагностики случаях и (или) в случаях комплексной предоперационной подготовки у пациентов с осложнёнными формами заболеваний и (или) коморбидными состояниями.

Пациент при наличии лабораторных и инструментальных исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи может самостоятельно обратиться в федеральную медицинскую организацию.

Основанием для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию является решение врачебной комиссии федеральной медицинской организации о наличии медицинских показаний для

госпитализации. При отсутствии медицинских показаний в госпитализации будет отказано.

Направление пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в соответствии с Порядком организации высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утверждённым приказом Минздрава России от 02.10.2019 № 824н.

Госпитализация застрахованных лиц

Направление пациента на плановую госпитализацию осуществляется лечащим врачом в соответствии с клиническими показаниями, требующими госпитального режима, активной терапии и круглосуточного наблюдения врача, при этом согласовывается дата плановой госпитализации.

Участковый врач или врач-специалист поликлиники, у которого Вы наблюдаетесь, при определении показаний к госпитализации в плановом порядке, должен назначить все необходимые обследования, оформить выписку из амбулаторной карты и выдать направление на госпитализацию.

Плановая медицинская помощь предоставляется в порядке очередности. Сроки ожидания оказания медицинской помощи в плановом порядке определены **Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.**

СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Срок ожидания оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях **дневного стационара** в плановой форме составляет **не более 14 рабочих дней**.

Срок ожидания оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в **стационарных** условиях в плановой форме составляет **не более 14 дней**.

Срок ожидания оказания **высокотехнологичной** медицинской помощи в плановой форме составляет **не более 30 рабочих дней**.

Врач при оформлении направления в стационар обязан проинформировать пациента, в какие медицинские организации,

работающие в сфере ОМС Ставропольского края, можно госпитализироваться с данным заболеванием. Гражданин имеет право выбора медицинской организации с учетом этапности оказания медицинской помощи. Если в установленные сроки нет возможности госпитализироваться в выбранную медицинскую организацию, пациент должен дать согласие на госпитализацию в другую медицинскую организацию или оформить в первичной медицинской документации согласие на удлинение срока ожидания.

Направление на госпитализацию выдается по установленному образцу и регистрируется **в едином информационном ресурсе** Ставропольского края, реализованным в режиме онлайн. С помощью специального программного обеспечения **поликлиники получили возможность отслеживать количество свободных мест в больницах и «бронировать» койку для пациента, получившего направление в стационар.**

В медицинских организациях Ставропольского края, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, ведется лист ожидания плановой медицинской помощи и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Пациент обязан в назначенный день госпитализации прибыть до 09 часов в приемное отделение медицинской организации, имея при себе документ, удостоверяющий личность, полис ОМС и направление на госпитализацию.

Если Вам отказывают в плановой госпитализации, за содействием в обеспечении Ваших прав необходимо обращаться в СМО, застраховавшую Вас по ОМС, или в ТФОМС.

