

ВСЯ ПРАВДА О ПОЛИСЕ ОМС

Полис обязательного медицинского страхования – какие права он нам даёт и к чему обязывает? На какой срок он выдаётся? Как получить полис ОМС, если вы переехали из одного региона России в другой? Что делать, если вы пришли в поликлинику и забыли полис? А если потеряли? Как получить полис на ребёнка?

На эти и другие вопросы наших читателей отвечают специалисты Территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области.

– Что даёт человеку наличие полиса ОМС? Какие права у него появляются?

– Застрахованные по обязательному медицинскому страхованию лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая: на всей территории России – в объёме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, а на территории Вологодской области – в объёме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Кроме того, гражданин с полисом ОМС имеет право:

- самостоятельно выбрать страховую медицинскую организацию;

- заменить её на любую другую один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября (либо чаще в случае изменения места жительства);

- выбрать медицинскую организацию, которая будет оказывать ему медицинскую помощь, из числа медорганизаций, участвующих в реализации программ ОМС;

- выбрать врача, подав заявление лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;

- получить достоверную информацию о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

- возместить ущерб, причинённый при оказании медпомощи.

Наконец, полис даёт пациенту право на защиту своих персональных данных, составляющих врачебную тайну, а также на защиту своих прав и законных интересов в сфере ОМС. Защиту прав застрахованных граждан осуществляет та страховая медицинская организация, где застрахован гражданин.

– Есть ли у владельца полиса обязанности перед медицинской организацией и перед страховой медицинской компанией?

– Все обязанности застрахованных лиц определены федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Застрахованные лица обязаны:

1) при обращении за медицинской помощью (за исключением случаев оказания экстренной медпомощи) предъявить по своему выбору полис ОМС или выписку из единого регистра застрахованных лиц с данными полиса;

2) при изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных, места жительства – уведомить страховую медорганизацию об этом в течение одного месяца со дня, когда такие изменения произошли;

3) в случае изменения места жительства – выбрать страховую медицинскую организацию по новому месту жительства в течение одного месяца (если на новом месте жительства нет страховой медорганизации, в которой гражданин был ранее застрахован).

При увольнении или смене места работы уведомлять об этом страховую медицинскую организацию не требуется.

– На какой срок выдаётся полис ОМС?

– Гражданам Российской Федерации полис обязательного медицинского страхования выдаётся без ограничения срока действия.

Иностранцам гражданам и лицам без гражданства, проживающим на территории России, оформляется полис со сроком действия до конца текущего календарного года, но не более срока действия вида на жительство или разрешения на временное проживание.

Лицам, которые имеют право на получение медицинской помощи по федеральному закону «О беженцах», оформляется полис со сроком действия до конца текущего календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, удостоверяющих право на медпомощь.

Полис ОМС выдаётся и работающим по трудовому договору иностранцам (за некоторым исключением), временно пребывающим на территории России. Но



Фото: k1news.ru

право на бесплатную медпомощь им даётся при условии уплаты за них страховых взносов на ОМС в течение не менее трёх лет.

Напомним также, что действие полиса приостанавливается в случае призыва или поступления гражданина на военную службу либо приравненную к ней службу – на срок её прохождения.

В последнее время участились случаи телефонного мошенничества, связанные с полисом ОМС. Специалисты страховой медицинской организации и территориального фонда никогда не звонят застрахованным лицам и не предлагают заменить полис ОМС! Гражданам России полис выдаётся бесплатно!

– Когда нужно переоформить полис?

– Переоформление полиса ОМС осуществляется в нескольких случаях:

- у застрахованного лица изменились фамилия, имя, отчество, дата рождения или пол;

- в полисе найдены неточности или ошибки;

- действие полиса продлевается иностранному гражданину при наличии соответствующих документов.

– А если человек пришёл в поликлинику и забыл взять полис ОМС, что ему делать?

– Если такое случилось, в медицинском учреждении можно предъявить паспорт. Сегодня существует отлаженный механизм для определения застрахованного лица, поэтому чаще всего, даже если полиса на руках нет, медицинские регистраторы смогут определить страховую принадлежность гражданина.

– Как быть, если полис ОМС потерялся, порвался или пришел в негодность?

– Если полис утрачен или серьёзно повреждён, нужно обратиться в свою страховую медицинскую организацию с письменным заявлением, бланк которого вам предоставят. В настоящее время полис ОМС на бумажном носителе не оформляется, и на руки выдается выписка о наличии

полиса из единого регистра застрахованных лиц.

– Если человек прописан в одном регионе, а живёт и работает в другом, можно ли ему оформить два полиса – по месту прописки и по месту жительства или пребывания?

– Оформление двух полисов ОМС не предусмотрено законодательством. Но застрахованное лицо имеет право выбрать другую страховую медицинскую организацию по новому месту жительства. Наличие постоянной или временной регистрации по месту пребывания совсем не обязательно. Гражданин России может быть даже нигде не зарегистрирован, а полис ему должен быть оформлен при наличии документа, удостоверяющего личность.

– Как получить полис ОМС на ребёнка?

– Чтобы получить полис несовершеннолетнему, одному из его родителей или законному представителю нужно выбрать страховую медицинскую организацию и обратиться в пункт выдачи полисов ОМС с заявлением о выборе (или замене) страховой медицинской организации и о включении ребёнка в единый регистр застрахованных лиц.

Для этого потребуются предъявить:

1) для детей до 14 лет – свидетельство о рождении и СНИЛС;

2) для детей в возрасте 14 лет и старше – документ, удостоверяющий личность (паспорт или временное удостоверение личности, выдаваемое на период оформления паспорта) и СНИЛС.

Кроме того, представитель ребёнка обязан иметь при себе свой паспорт, а если он опекун, попечитель, приёмный родитель или патронатный воспитатель, то и соответствующий документ, а также СНИЛС и полис (при наличии).

– Когда ребёнку исполняется 18 лет, он прикрепляется к взрослой поликлинике автоматически?

Или ему нужно идти и прикрепляться самому?

– Открепление ребёнка от детской медицинской организации осуществляется автоматически по достижении им 18 лет.

Для того, чтобы гражданин, достигший 18-летия, прикрепился к медицинской организации взрослой сети, ему надо лично или через своего представителя обратиться в выбранную медорганизацию и написать заявление о прикреплении на имя её руководителя. Это заявление будет рассмотрено в течение двух рабочих дней.

– Может ли владелец полиса узнать перечень и стоимость услуг, оказанных ему в ходе лечения? Если да, где это сделать?

– Правилами обязательного медицинского страхования предусмотрены две формы информирования застрахованных лиц о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости:

1) вы можете узнать о перечне оказанных услуг и их стоимости в страховой медорганизации, выдавшей вам полис ОМС;

2) в электронном виде через портал Госуслуги.

Вам предоставят соответствующую справку. Она позволит узнать о денежной сумме, которую заплатит государство за ваш визит к врачу, за назначенные процедуры и лечение.

– А можно ли по полису ОМС пройти санаторно-курортное лечение?

– Направить пациентов на санаторно-курортное лечение за счёт средств обязательного медицинского страхования нельзя.

В соответствии с Программой госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области финансовое обеспечение санаторно-курортного лечения осуществляется за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета отдельным категориям граждан в соответствии с законодательством России.

В рамках программы ОМС предоставляется медицинская реабилитация, осуществляемая в медорганизациях.

– Когда пациентам рекомендуется обращаться в страховую медицинскую компанию?

– В случае нарушения прав на получение бесплатной медицинской помощи или на качество её оказания гражданин вправе обратиться:

- к руководителю медицинской организации;

- в страховую медицинскую организацию, где был получен полис (в Вологодской области это вологодский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»).

В страховую медицинскую организацию, в которой вы застрахованы

по полису ОМС, надо обращаться:

1) если вам нужна информация о получении медицинских услуг, оказываемых по программе ОМС, а также о своих правах как пациента;

2) если у вас возникли вопросы по порядку, условиям и срокам предоставления бесплатной медицинской помощи;

3) если у вас есть претензии к доступности и качеству оказываемых вам услуг;

4) если вам предлагают заплатить (или вы уже заплатили) за медицинские услуги, лекарства, расходные материалы, необходимые для вашего лечения в стационаре, за диагностические исследования или анализы по направлению лечащего врача;

5) если вам отказали в предоставлении медицинской помощи;

6) если вам необходима юридическая поддержка по медицинской помощи в рамках программ ОМС и по другим вопросам.

В случае нарушений при получении медицинской помощи в медорганизациях другого региона, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, нужно обращаться в территориальный фонд ОМС.

– Может ли владелец полиса ОМС компенсировать затраты на медикаменты, приобретенные за свой счёт?

– По полису ОМС гарантировано право на бесплатное лекарственное обеспечение в стационаре, при лечении в условиях дневного стационара, при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторно-поликлинических условиях, а также при оказании скорой и неотложной медицинской помощи.

Если лечение было стационарным, и пациент за счёт личных средств приобрёл назначенные врачом медикаменты, то он вправе требовать компенсацию с медучреждения. Нужно обратиться в страховую медицинскую организацию с заявлением о рассмотрении вопроса законности взимания денег. Необходимо сохранить чеки или другие платёжные документы, подтверждающие оплату в период прохождения стационарного лечения.

Если же лечение проводилось амбулаторно, то компенсация затрат не предусмотрена. Лекарственное обеспечение производится за счёт личных средств граждан.

В случае, когда вы относитесь к категории граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи (федеральным и региональным льготникам), то вы имеете право на получение лекарств для амбулаторного лечения по льготному рецепту бесплатно.