

ответ на вопросы граждан, носящие справочный и/или консультационный характер (типовые вопросы)

Раздел I. Обязательное медицинское страхование. Права и обязанности застрахованных лиц.

Что такое обязательное медицинское страхование?

1. Согласно ст.3 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

2. ОМС - форма социальной защиты интересов населения в сфере охраны здоровья, созданная с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации. ОМС гарантирует всем гражданам Российской Федерации независимо от пола, возраста, социального статуса и места проживания равные возможности в получении бесплатной и качественной медицинской помощи на всей территории страны.

С Федеральным законом от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru в разделе «Нормативные документы», а также в представительствах фонда ОМС в городах и районах края, на сайтах и информационных стендах страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае, сайтах администраций городов и районов.

Кто подлежит обязательному медицинскому страхованию?

Застрахованными лицами в системе обязательного медицинского страхования являются

- граждане Российской Федерации,
- постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане,
- лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"),
- лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах", за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Какие права имеют застрахованные лица в сфере обязательного медицинского страхования?

Права застрахованных лиц определены статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Застрахованные лица имеют право на:

- бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями

- 1) на всей территории Российской Федерации - в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
- 2) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, - в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

- выбор страховой медицинской организации

Выбор осуществляется путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином.

С реестром страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края, можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru. При необходимости оператор 1-го уровня сообщает заявителю наименование, адреса и контактные телефоны СМО.

- замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Замена страховой медицинской организации возможна 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.

Замена страховой медицинской организации осуществляется путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

С реестром страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края, можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru. При необходимости оператор 1-го уровня сообщает заявителю наименование, адреса и контактные телефоны СМО.

- выбор медицинской организации

Выбор осуществляется из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации.

Выбор поликлиники для медицинского обслуживания осуществляется не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

Для получения стационарной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача.

С реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края, можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru, а также в представительствах фонда ОМС в городах и районах края, на сайтах и информационных стендах страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае.

- выбор врача

Выбор осуществляется путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации. При этом учитывается согласие врача.

- защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования

- возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи

- защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования

Защиту прав застрахованного лица в сфере обязательного медицинского страхования обеспечивает страховая медицинская организация, выдавшая полис обязательного медицинского страхования, и территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Наименование, адрес и телефон страховой компании указаны на полисе ОМС.

Кроме того, с информацией о СМО можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru, на информационных стендах в медицинских организациях.

При необходимости оператор 1-го уровня сообщает заявителю координаты СМО и ТФОМС Алтайского края.

- Алтайский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»

г. Барнаул, ул. Мало -Олонская 17,

тел. **8-800-200-92-04**, тел. 55-67-67.

- Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование»

г. Барнаул, пр.Строителей 46

тел. **8-800-100-81-02**, тел. 20-28-22.

- ТФОМС Алтайского края

г. Барнаул, пр. Красноармейский, 72,

тел. **8-800-775-85-65**, 63-32-86

С Федеральным законом от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru в разделе «Нормативные документы», а также в представительствах фонда ОМС в городах и районах края, на сайтах и информационных стендах страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае.

Информация о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации содержатся в памятке, выданной СМО при получении полиса ОМС.

Какие обязанности у застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования?

Обязанности застрахованных лиц определены статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Застрахованные лица обязаны:

- предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
- подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
- уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
- 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.

С Федеральным законом от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru в разделе «Нормативные документы», а также в представительствах фонда ОМС в городах и районах края, на сайтах и информационных стендах страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае.

Как заменить страховую медицинскую организацию?

Застрахованные лица, получившие полис обязательного медицинского страхования единого образца, имеют право на 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 путем подачи заявления о выборе (замене) во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом при осуществлении замены страховой медицинской организации на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, в день подачи застрахованным лицом заявления вносит свои реквизиты в новую строку на оборотной стороне полиса обязательного медицинского страхования и направляет информацию о замене застрахованным лицом страховой медицинской организации в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Можно ли выбрать страховую медицинскую организацию в субъекте Российской Федерации при отсутствии у гражданина регистрации в данном субъекте?

В соответствии с Законом Российской Федерации от 25 июня 1993 г. N 5242-1 "О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации" место жительства - жилой дом, квартира, служебное жилое помещение, специализированные дома (общежитие, гостиница-приют, дом маневренного фонда, специальный дом для одиноких престарелых, дом-интернат для инвалидов, ветеранов и другие), а также иное жилое помещение, в котором гражданин постоянно или преимущественно проживает в качестве собственника, по договору найма (поднайма), договору аренды либо на иных основаниях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Регистрация гражданина Российской Федерации по месту пребывания (гостиница, санаторий, дом отдыха, пансионат, кемпинг, туристская база, больница, другое подобное учреждение, а также жилое помещение, не являющееся местом жительства гражданина, - в которых он проживает временно) производится без снятия с регистрационного учета по месту жительства.

Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» не ограничивает возможность получения полиса обязательного медицинского страхования по месту жительства застрахованного лица. Застрахованное лицо может осуществить выбор страховой медицинской организации и получить полис обязательного медицинского страхования по месту жительства или месту пребывания.

Раздел II. Полис обязательного медицинского страхования.

Что такое полис обязательного медицинского страхования?

Полис обязательного медицинского страхования - это документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Срок действия полисов «старого» образца или СМО ,которые закрыли свои полномочия?

Действие полисов ОМС не ограничено по времени, все полисы ОМС, выданные застрахованным.

Медицинская организация не вправе отказать в оказании бесплатной медицинской помощи застрахованному лицу, предъявившему при обращении в медицинскую организацию полис «старого» образца. В случае возникновения затруднений можно обратиться:

- в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС,

1. Алтайский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед» тел. **8-800-200-92-04**; тел. 55-67-67.
2. Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование», тел. **8-800-100-81-02**; тел. 20-28-22.

- в ТФОМС Алтайского края по телефону «горячей линии» 8-800-775-85-65.

Как получить полис обязательного медицинского страхования?

Полис обязательного медицинского страхования выдают страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования.

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» право выбора страховой медицинской организации, в которой гражданин желает быть застрахованным, предоставлено самому гражданину.

Поэтому первым шагом к получению полиса обязательного медицинского страхования является выбор страховой медицинской организации.

На территории Алтайского края деятельность в сфере обязательного медицинского страхования осуществляют 3 страховые медицинские организации:

1. Алтайский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»
г. Барнаул, ул. Мало-Олонская 17,
тел. **8-800-200-92-04**, тел. 55-67-67.
2. Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование»
г. Барнаул, пр. Строителей 4б
тел. **8-800-100-81-02**, тел. 20-28-22.

Реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на

территории Алтайского края, размещен на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края www.tfoms22.ru, в представительствах фонда ОМС в городах и районах края, на сайтах и информационных стендах страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае.

В рубрике «Страховые компании» – «Пункты выдачи полисов ОМС» можно уточнить координаты всех пунктов выдачи полисов страховых компаний и обратиться в любой из них с заявлением о выборе страховой медицинской организации.

К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
СНИЛС;

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);

СНИЛС;

Перечень документов и их заверенных копий для иных категорий застрахованных лиц имеется в ответах на вопросы соответствующей тематики.

В день получения заявления о выборе страховой медицинской организации страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая, или (при наличии у гражданина полиса обязательного медицинского страхования единого образца) ставит печать страховой медицинской организации на оборотной стороне полиса.

Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более тридцати рабочих дней с даты его выдачи.

Страховая медицинская организация информирует о сроках оформления и выдачи полисов лично или по указанному в документах телефону и/или электронной почте. После получения уведомления о готовности полиса необходимо обратиться в пункт выдачи полисов, в котором подавалось заявление, для обмена временного свидетельства на полис единого образца.

Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

Страховые медицинские организации обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с Правилами ОМС, базовой и территориальной программами обязательного медицинского страхования, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае. Одновременно с полисом страховая медицинская организация предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки.

Как получить полис обязательного медицинского страхования для ребенка?

Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. Т.е. бесплатная медицинская помощь новорожденному в этот период оказывается по полису матери или другого законного представителя.

После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем. Т.е. заявление о выборе в страховую медицинскую организацию подает один из родителей или другой законный представитель ребенка.

При этом к заявлению о выборе страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

- свидетельство о рождении - для детей до четырнадцати лет,
- документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта) - для детей старше четырнадцати лет;
- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
- СНИЛС ребенка.

Каким категориям иностранных граждан и лиц без гражданства выдается полис обязательного медицинского страхования?

В соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» кроме граждан Российской Федерации застрахованными лицами являются постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства.

Согласно Федеральному закону от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» постоянно проживающим в Российской Федерации иностранным гражданином признается лицо, получившее вид на жительство, а временно проживающим в Российской Федерации иностранным гражданином – лицо, получившее разрешение на временное проживание.

Иностранный гражданин, прибывший в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы, но не имеющий вида на жительство или разрешения на временное проживание, считается временно пребывающим в Российской Федерации.

Постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства могут получить полис обязательного медицинского страхования.

При этом постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается без ограничения срока действия.

Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства полис выдается на срок действия разрешения на временное проживание.

Полис обязательного медицинского страхования выдают страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования.

Право выбора страховой медицинской организации, в которой гражданин желает быть застрахованным, предоставлено самому гражданину.

На территории Алтайского края деятельность в сфере обязательного медицинского страхования осуществляют 3 страховые медицинские организации:

- Алтайский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»

г. Барнаул, ул.Мало-Олонская 17,

тел. **8-800-200-92-04**, тел. 55-67-67.

- Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование»

г. Барнаул, пр.Строителей 4б

тел. **8-800-100-81-02**, тел. 20-28-22.

Гражданин обращается в выбранную страховую медицинскую организацию с письменным заявлением. К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы

или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

1) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

2) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

3) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

СНИЛС (при наличии);

4) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

СНИЛС (при наличии).

В день получения заявления о выборе страховой медицинской организации страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая.

Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более тридцати рабочих дней с даты его выдачи.

Страховая медицинская организация информирует о сроках оформления и выдачи полисов лично или по указанному в документах телефону и/или электронной почте. После получения уведомления о готовности полиса

необходимо обратиться в пункт выдачи полисов, в котором подавалось заявление, для обмена временного свидетельства на полис единого образца.

Как получить полис обязательного медицинского страхования гражданам, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"?

Лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах», в соответствии со статьей 10 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» являются застрахованными лицами.

Полис обязательного медицинского страхования выдают страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования.

Право выбора страховой медицинской организации, в которой гражданин желает быть застрахованным, предоставлено самому гражданину.

На территории Алтайского края деятельность в сфере обязательного медицинского страхования осуществляют 3 страховые медицинские организации:

- Алтайский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»

г. Барнаул, ул. Мало-Олонская 17,

тел. **8-800-200-92-04**, тел. 55-67-67.

- Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование»

г. Барнаул, пр.Строителей 4б

тел. **8-800-100-81-02**, тел. 20-28-22.

Гражданин обращается в выбранную страховую медицинскую организацию с письменным заявлением. К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах", - удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;

Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», полис выдается на срок пребывания, установленный в документах, прилагаемых к заявлению.

В день получения заявления о выборе страховой медицинской организации страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая.

Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более тридцати рабочих дней с даты его выдачи.

Страховая медицинская организация информирует о сроках оформления и выдачи полисов лично или по указанному в документах телефону и/или электронной почте. После получения уведомления о готовности полиса необходимо обратиться в пункт выдачи полисов, в котором подавалось заявление, для обмена временного свидетельства на полис единого образца.

Когда нужно переоформлять полис обязательного медицинского страхования?

Переоформление полиса осуществляется в случаях:

- изменения фамилии, имени, отчества;
- изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица;
- установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся

в полисе.

Переоформление полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица при предъявлении документов, подтверждающих изменения.

Когда нужно получать дубликат полиса обязательного медицинского страхования?

Выдача дубликата полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица в страховую медицинскую организацию 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.

Нужно ли менять полис ОМС, если работающий человек вышел на пенсию?

Такой необходимости нет. Полис ОМС продолжает оставаться действительным независимо от изменения статуса гражданина (работающий/неработающий).

Нужно ли обращаться в ТФОМС за уведомлением о регистрации, если зарегистрирован как индивидуальный предприниматель?

С 01 января 2011 года ТФОМС Алтайского края не осуществляет регистрацию страхователей, т.к. Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» установлено, что регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для работающих граждан осуществляются в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации.

Для получения полиса ОМС обращаться в ТФОМС Алтайского края за получением уведомления не нужно.

Необходимо выбрать страховую медицинскую организацию из работающих в сфере обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края:

- Алтайский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»

г. Барнаул, ул.Мало-Олонская 17,

тел. **8-800-200-92-04**, тел. 55-67-67.

- Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование»

г. Барнаул, пр.Строителей 4б

тел. **8-800-100-81-02**, тел. 20-28-22.

Также с реестром страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края, можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru, в представительствах фонда ОМС в городах и районах края, на сайтах и информационных стендах страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае.

В рубрике «Страховые компании» – «Пункты выдачи полисов ОМС» можно уточнить координаты всех пунктов выдачи полисов страховых компаний и обратиться в любой из них с заявлением о выборе страховой медицинской организации.

К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
СНИЛС;

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);

СНИЛС;

Перечень документов и их заверенных копий для иных категорий застрахованных лиц имеется в ответах на вопросы соответствующей тематики.

В день получения заявления о выборе страховой медицинской организации страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая, или (при наличии у гражданина полиса обязательного медицинского страхования единого образца) ставит печать страховой медицинской организации на оборотной стороне полиса.

Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более тридцати рабочих дней с даты его выдачи.

Страховая медицинская организация информирует о сроках оформления и выдачи полисов лично или по указанному в документах телефону и/или электронной почте. После получения уведомления о готовности полиса необходимо обратиться в пункт выдачи полисов, в котором подавалось заявление, для обмена временного свидетельства на полис единого образца.

Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

Раздел III. Оказание медицинской помощи.

Какая медицинская помощь гарантирована по полису ОМС?

Виды медицинской помощи, оказываемой по полису ОМС, определены базовой программой ОМС, являющейся частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

На основе базовой программы в каждом регионе Российской Федерации ежегодно утверждается территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи, включающая виды, порядок и условия оказания бесплатной медицинской помощи.

При необходимости оператор сообщает дату и номер Постановления Администрации Алтайского края об утверждении территориальной программы на текущий год.

Ознакомиться с Территориальной программой можно на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru, в разделе «Нормативные документы» в представительствах фонда ОМС, в городах и районах края, на сайтах и информационных стендах страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае.

Как выбрать медицинскую организацию и врача?

В соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации и на выбор врача с учетом согласия врача.

Выбор медицинской организации осуществляется из медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

С реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края, можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru, а также в представительствах фонда ОМС в городах и районах края, на сайтах и информационных стендах страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае.

Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Порядок) утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012г. № 406н.

В соответствии с Порядком для выбора медицинской организации гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением о выборе медицинской организации.

Гражданин выбирает поликлинику для медицинского обслуживания, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

В выбранной поликлинике гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-

педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Для получения стационарной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Как выбрать медицинскую организацию за пределами региона, в котором проживает гражданин?

Порядок выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012г. № 1342н.

Для выбора поликлиники для медицинского обслуживания гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением о выборе медицинской организации.

Выбор медицинской организации при оказании стационарной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению, выданному лечащим врачом.

Возможно ли получение медицинской помощи по полису ОМС в частной медицинской организации?

Медицинская помощь по полису ОМС оказывается в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

Таким образом, если частная медицинская организации включена в указанный реестр, она оказывает медицинскую помощь по полису ОМС в соответствии с имеющейся лицензией по определенным видам и профилям медицинской помощи.

С реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края, можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Алтайского края www.tfoms22.ru, а также в представительствах фонда ОМС в городах и районах края, на сайтах и информационных стендах страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае.

Какой порядок обеспечения лекарственными препаратами при оказании бесплатной медицинской помощи?

В период лечения в круглосуточном и дневном стационаре лекарственные препараты, назначенные лечащим врачом, предоставляются бесплатно в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденным Распоряжением Правительства Российской Федерации.

В случае необходимости уточнения наличия определенного лекарственного препарата в Перечне, оператор 1-го уровня переадресует звонок на оператора 2-го уровня.

Препараты для амбулаторного лечения приобретаются пациентом за счет собственных средств, кроме льготных категорий граждан (федеральные и региональные льготники).

Вопросы бесплатного (или льготного) обеспечения указанных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами в амбулаторно-поликлинических условиях находятся в компетенции Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности (телефон «горячей линии» 8-800-350-3525).

Возможно ли получение медицинской помощи при выезде за пределы региона Российской Федерации, в котором получен полис ОМС?

Полис ОМС подтверждает право на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Любой отказ в оказании медицинской помощи по причине предъявления полиса, выданного на территории другого региона, неправомерен.

Защиту прав при обращении за медицинской помощью при выезде за пределы территории страхования осуществляет:

- Страховая компания, выдавшая полис ОМС

Для жителей Алтайского края при оказании медицинской помощи в другом регионе:

Алтайский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»

тел. **8-800-200-92-04**, тел. (3852) 55-67-67.

Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование»

тел. **8-800-100-81-02**, тел. (3852) 20-28-22.

- Территориальный фонд ОМС того региона, в котором находится застрахованное лицо.

Координаты ТФОМС можно уточнить в медицинской организации (на информационном стенде) и/или на официальном сайте фонда, набрав в поисковике: ТФОМС и название региона.

Что делать, если за пределами Алтайского края появилась необходимость в получении медицинской помощи, а полис ОМС забыли дома?

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица обязаны предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Если застрахованный житель Алтайского края находится в другом регионе России без полиса ОМС, для получения медицинской помощи в медицинской организации, работающей в системе ОМС, можно:

- обратиться в территориальный фонд ОМС региона, в котором он находится

Координаты ТФОМС можно уточнить в медицинской организации (на информационном стенде) и/или на официальном сайте фонда, набрав в поисковике: ТФОМС и название региона.

- связаться со специалистами страховой медицинской организации, выдавшей полис ОМС, по телефону "горячей линии":

Алтайский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»

тел. **8-800-200-92-04**

Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование»

тел. **8-800-100-81-02**.

При обращении жителя Алтайского края по вопросу затруднений при оказании медицинской помощи в период пребывания в другом регионе, необходимая помощь оказывается также специалистами ТФОМС Алтайского края. Оператор 1-го уровня переадресует звонок на оператора 2-го уровня.

Что такое диспансеризация? Каков порядок проведения диспансеризации?

Диспансеризация - это комплекс медицинских мероприятий, направленных на раннее выявление основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, являющихся причиной инвалидности и преждевременной смертности.

Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения определен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015г. № 36ан.

Диспансеризация проводится начиная с 21 года, с интервалами один раз в три года на протяжении всей жизни.

Диспансеризация проводится в медицинской организации по месту жительства или прикрепления (по заявлению). Для этого необходимо обратиться к своему участковому терапевту, который согласует с вами дату и график проведения обследований.

Граждане, которым не проводится диспансеризация в текущем году, могут пройти профилактический медицинский осмотр. Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года в медицинской организации по месту жительства или прикрепления (по заявлению).

Какие обследования включены в диспансеризацию?

Диспансеризация проходит в 2 этапа. Перечень осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых на каждом этапе, определяется в зависимости от возраста и пола пациента.

При необходимости оператор сообщает перечень исследований 1 и 2 этапов.

1 этап включает:

- 1) опрос (анкетирование);
- 2) антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;
- 3) измерение артериального давления;
- 4) определение уровня общего холестерина в крови;
- 5) определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом;
- 6) определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-

сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом;

7) электрокардиографию в покое (для мужчин в возрасте старше 35 лет, для женщин в возрасте 45 лет и старше, а для мужчин в возрасте до 35 лет и женщин в возрасте до 45 лет - при первичном прохождении диспансеризации);

8) осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее - мазок с шейки матки) (для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно);

9) флюорографию легких;

10) маммографию обеих молочных желез (для женщин в возрасте от 39 до 75 лет);

11) клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов);

12) клинический анализ крови развернутый (для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови);

13) анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансминазы, аланин-аминотрансминазы, глюкозы, холестерина) (для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо исследований, предусмотренных пунктами 4 и 5);

14) общий анализ мочи;

15) исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (для граждан в возрасте от 48 до 75 лет);

16) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости и малого таза на предмет исключения новообразований для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (для женщин УЗИ поджелудочной железы, почек, матки и яичников; для мужчин УЗИ поджелудочной железы, почек и предстательной железы), а для мужчин, когда-либо куривших в жизни, также УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы однократно в возрасте 69 или 75 лет;

17) измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше);

18) прием (осмотр) врача-терапевта.

2 этап включает (при наличии определенных медицинских показаний):

1) дуплексное сканирование брахицефальных артерий;

2) эзофагогастродуоденоскопию;

3) осмотр (консультацию) врачом-неврологом;

4) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом;

- 5) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом;
- 6) колоноскопию или ректороманоскопию;
- 7) определение липидного спектра крови;
- 8) спирометрию;
- 9) осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом;
- 10) определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе;
- 11) осмотр (консультацию) врачом-оториноларингологом;
- 12) анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена;
- 13) осмотр (консультацию) врачом-офтальмологом;
- 14) индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте);
- 15) прием (осмотр) врача-терапевта.

При выявлении в ходе диспансеризации медицинских показаний к проведению исследований, осмотров и мероприятий, не входящих в объем диспансеризации, они назначаются и выполняются по профилю выявленного заболевания с учетом порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Порядок обращений граждан в случае затруднений при получении медицинской помощи?

В случае возникновения затруднений при получении медицинской помощи можно обратиться:

- **к заведующему отделением, заместителю главного врача или главному врачу медицинской организации;**
- **в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС**

1. Алтайский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»

г. Барнаул, ул. Мало-Олонская 17,

тел. **8-800-200-92-04**, тел. 55-67-67.

2. Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование»

г. Барнаул, пр. Строителей 46

тел. **8-800-100-81-02**, тел. 20-28-22.

- **в Территориальный фонд ОМС Алтайского края**

г. Барнаул, пр. Красноармейский, 72,

тел. **8-800-775-85-65**, 63-32-86

- **в Министерство здравоохранения Алтайского края**

г.Барнаул, пр. Красноармейский, 95а

Телефон «горячей линии» **8-800-350-3525**.

- **В ТО «Росздравнадзор» Алтайского края**

Телефон «горячей линии» **8-800-500-18-35**

- **в ТУ «Роспотребнадзора»**

Телефон «горячей линии» **8-800-555-49-43**