

Полис обязательного медицинского страхования (Полис ОМС)

Новый образец полиса обязательного медицинского страхования



Принципиальные отличия полисов нового образца

- На их базе будет создан **федеральный реестр застрахованных лиц**
- Единый полис гарантированно позволит человеку обратиться за медпомощью **в любой точке страны**, а не только по месту жительства
- Начало выдачи полисов нового образца: **1 мая 2011 г.**
- Окончание срока действия полисов старого образца: **1 января 2014 г.**

Полисы нового образца в первую очередь выдаются

- Не застрахованным ранее по ОМС и не имеющим полиса
- Новорожденным
- При изменении фамилии, имени, отчества, места рождения, даты рождения
- При изменении места жительства, если по новому адресу отсутствует страховая медицинская организация, выдавшая полис ОМС ранее
- При установлении неточности или ошибочных сведений, содержащихся в действующем полисе ОМС

Где можно получить полис нового образца

В любой страховой
медицинской организации,
работающей в системе
обязательного
медицинского страхования

Полис обязательного медицинского страхования (Полис ОМС) выдается для бесплатного оказания помощи работающему населению, пенсионерам, студентам, учащимся школ, а также маленьким детям и зарегистрированным безработным. Согласно программе обязательного медицинского страхования, больной получает лечение в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, а также для него существуют лечебно-профилактические мероприятия, которыми он вправе воспользоваться: например, прививка от гриппа или кори.

В любом медицинском учреждении, куда бы вы ни обратились, должен быть перечень услуг, которые оказываются бесплатно по полису ОМС. Но, как нам всем известно, обычно этого перечня услуг человеку не хватает, и больной вынужден проходить за деньги какие-либо дополнительные обследования. Медицина не может быть полностью бесплатной, с этой мыслью уже мы свыклись, но все-таки остается вопрос: где платная медицина обоснована, а где можно с тем же успехом пройти врача или получить справку бесплатно?

О платных услугах

Платные медицинские услуги именуется — «добровольным медицинским страхованием». За счет него человек вправе получить дополнительные медицинские и иные услуги, которые находятся сверх установленных программами основного ОМС, и вот на что в этом случае следует обратить внимание в первую очередь. На все виды предоставляемых населению платных медицинских услуг организация обязана иметь лицензию. Не рискуйте и лучше проверьте ее; на видном месте в организации должен быть вывешен информационный стенд с достоверными сведениями: перечень платных медицинских услуг, прейскурант на платные услуги, условия предоставления и получения

услуг. Предоставление платных услуг оформляется договором, регламентирующим условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон; предоставление медицинской услуги в условиях повышенной комфортности (с наличием сервисных услуг и т.д.).

Прикрепление к поликлинике

Это называется участковый принцип организации медицинского обслуживания населения. Всегда должен соблюдаться данный принцип оказания первичной медико-санитарной помощи по месту жительства. Он создается с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей территории. Это необходимо для доступности и качества медицинской помощи. Именно так работают все амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению муниципальных образований. Дело в том, что если сделать поликлинику одну — общую для всех, то всех желающих принять она будет не в состоянии, поэтому приходится делить людей по участкам. Проще всего по месту проживания, так удобнее для самого населения. Но если случился какой-то экстренный случай, разумеется, любая поликлиника обязана принять больного. Бывает так, что в вашей больнице нет необходимого оборудования или оно сломалось, а в соседней оно есть. Ваша поликлиника должна будет направить вас к соседям. В этом случае соседняя поликлиника так же бесплатно должна вас принять. После оказания услуг чужая поликлиника выставляет счет вашей, которая уже за вас и рассчитывается. Тут возникает следующий вопрос: как же работают страховые медицинские компании? Как выглядит этот поток денежных средств от нашей страховой компании до зарплаты врачам?

Поток средств

Страховые компании работают на основании лицензии на право заниматься деятельностью по договору с территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ТФОМС). От этого фонда страховая компания получает средства на численность застрахованного населения с учетом ее половозрастной структуры. Страховая медицинская организация оплачивает медицинскому учреждению расходы за уже оказанные медицинские услуги их застрахованным по утвержденным ими же способам оплаты видов медицинской помощи. Дальше уже медицинское учреждение распределяет полученные средства по назначению, в том числе и на заработную плату медицинских работников.

Смена полисов

Многие в последнее время негодуют из-за того, что их страховая компания постоянно меняется, и это весьма неудобно. Действительно, отчего так часто приходится менять полисы? К сожалению, как выяснилось, без этой процедуры никак нельзя обойтись. Страхователем, к примеру, неработающего населения Иркутской области является областная администрация. Она заключает государственный контракт со страховой медицинской организацией, которая и выдает неработающим полисы ОМС. По Федеральному закону «О защите конкуренции», предусмотрена обязанность администрации области по отбору страховых медицинских организаций для заключения государственного контракта на страхование неработающих граждан по ОМС на конкурсной основе. По сути, идет речь о получении тендера на обслуживание населения. Срок его действия — 1 год, т. е. на срок принятия областного бюджета. Страховые компании отбираются по следующим критериям: сроки выдачи полисов, качество услуг, объем предоставления гарантий качества (объем проведенных экспертиз качества медицинской помощи, сроки рассмотрения обращений граждан, возможность участия в судебном разбирательстве для защиты прав застрахованных, возможность бесплатной выдачи дубликата полиса ОМС). Установить более длительный срок работы страховой компании может только исполнительная власть субъекта РФ.

Проблемы с полисом?

Обычно с очень похожими проблемами сталкиваются люди, которые пользуются услугами разных страховых медицинских компаний на территории всей России. В первую очередь, если у вас возникают проблемы, необходимо обратиться в медицинскую страховую компанию, выдавшую вам ваш полис (адрес и телефон обозначены на самом полисе), но бывают ситуации, когда полиса просто нет или больной находится в чужом городе или даже стране, что в таком случае ему следует сделать?

— Страховой медицинский полис является документом, подтверждающим, что в пользу его владельца заключен договор ОМС на оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС. Полис гарантирует получение бесплатной медицинской помощи на всей территории РФ в рамках базовой программы ОМС.

— На данный момент на территории Иркутской области у всех СМО имеются представительства в районах области, организуются выездные пункты выдачи страховых полисов в отдаленной местности.

— Если человек является неработающим гражданином, постоянное место его регистрации за пределами Иркутской области (Новосибирская область, Краснодарский край, г. Москва и т.д.) и выехать из Иркутска у него нет возможности, то ему необходимо обратиться в Исполнительную дирекцию ГУ ТФОМС граждан Иркутской области или филиалы, написать заявление с просьбой содействия в получении полиса ОМС, предоставив документы: паспорт; документ, подтверждающий его неработоспособность (трудовая книжка, студенческий билет, свидетельство о рождении для детей); страховое пенсионное свидетельство (при его наличии).

— Сотрудники ТФОМС отправят ваши документы в ТФОМС соответствующего региона и полис ОМС будет почтой направлен по адресу, указанному в заявлении.

— Если у человека полис ОМС страховой медицинской организации другого региона, он может получать медицинскую помощь в медицинских организациях Иркутской области в соответствии со статьей 5 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», где сказано, что страховые медицинские полисы обязательного медицинского страхования, выданные на территории субъекта РФ, действуют на всей территории РФ. Таким образом, медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи гражданину должны оказать в медицинской организации, работающей в системе ОМС.

— При экстренных состояниях гражданину могут оказать медицинскую помощь без полиса ОМС. В случае необходимости получения медицинской помощи застрахованным, не имеющим возможности предъявить страховой медицинский полис, он предъявляет паспорт и указывает застраховавшую его СМО (страховую медицинскую организацию).

— Для получения медицинской помощи необходимо иметь документ, удостоверяющий личность и страховой медицинский полис. Для лечения детей, не достигших совершеннолетия, необходимо предъявить свидетельство о рождении и страховой медицинский полис ребенка. При отсутствии свидетельства о рождении — паспорт одного из родителей.

Памятка владельца полиса ОМС

Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, осложнениях беременности, родах и других состояниях и заболеваниях).

Получение скорой медицинской помощи.

Данный вид медицинской помощи осуществляется безотлагательно подразделениями скорой медицинской помощи. Скорая медицинская помощь включает в себя бесплатную лекарственную помощь. Скорая медицинская помощь предоставляется гражданам РФ, иностранным гражданам и лицам без гражданства вне зависимости от наличия полиса обязательного медицинского страхования и прописки.

Амбулаторная медицинская помощь в поликлинике и в дневном стационаре

Амбулаторная медицинская помощь оказывается гражданам при лечении наиболее распространенных заболеваний, травмах, отравлениях, других патологических состояниях, в случае острых форм заболеваний, при обострении хронических заболеваний.

Амбулаторная медицинская помощь включает в себя медицинскую профилактику заболеваний (в том числе обследование на раннее выявление туберкулеза и опухолевых заболеваний), проведение профилактических прививок, профилактических осмотров детей, подростков и молодежи до 21 года, мужчин 35-55 лет, работающих граждан, диспансерное наблюдение беременных женщин и здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, осуществление мероприятий по предупреждению абортов, санитарно-гигиеническое просвещение граждан.

Амбулаторная медицинская помощь в условиях дневного стационара оказывается гражданам при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, но нуждающихся в ежедневном врачебном контроле и лечении.

Оказание амбулаторной медицинской помощи осуществляется поликлиниками, поликлиническими отделениями больниц, фельдшерско-акушерскими пунктами, консультативно-диагностическими центрами и диспансерами.

Получение амбулаторной медицинской помощи

За получением амбулаторной медицинской помощи Вы имеете право обратиться в любую территориальную поликлинику (работающую в рамках системы обязательного медицинского страхования) вне зависимости от места Вашего проживания. Если для получения медицинской помощи Вы выбрали поликлинику, расположенную вне территории Вашего проживания, медицинская помощь на дому оказывается за счет Ваших личных средств. Вы имеете право на выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

Выбор амбулаторно-поликлинического учреждения (для постоянного наблюдения, льготного лекарственного обеспечения) и врача осуществляется на основании Вашего личного заявления на имя руководителя медицинской организации.

Получить медицинскую помощь Вы можете согласно предварительной записи к врачу, что не исключает возможности получения медицинской помощи в день обращения в медицинскую организацию.

Для всех пациентов, кроме беременных женщин и детей, допускается очередность на прием к врачу. Продолжительность нахождения в очереди к врачам основных специальностей (терапевту, хирургу, акушеру-гинекологу, стоматологу) не может превышать 7 календарных дней.