



Территориальный фонд
обязательного медицинского страхования
Чеченской Республики



Грозный, 2015 г.

Мы заботимся о Вашем здоровье!



КАКОВ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ПОЛИСА ЕДИНОГО ОБРАЗЦА?

Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу определен Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон) и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н (далее – Правила ОМС).

Согласно Закону каждый застрахованный по обязательному медицинскому страхованию гражданин имеет право выбора страховой медицинской организации (далее также – СМО). Для выбора СМО застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением.

Заявление о выборе страховой медицинской организации содержит сведения, как о месте регистрации, так и о месте жительства застрахованного лица.

К заявлению о выборе страховой медицинской организации прилагаются следующие документы (или их заверенные копии), необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица: для граждан Российской Федерации - документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта); СНИЛС (при наличии).

Ознакомиться с перечнем страховых медицинских организаций, работающих в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, можно на официальном сайте ТФОМС Чеченской Республики – www.tfoms-chr.ru, в разделе «Справочная информация».

Временное свидетельство и полис ОМС единого образца выдаются гражданину бесплатно.

В соответствии с Законом полисы обязательного медицинского

Горячая линия Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики:

8 (800) 555-94-49 (звонок БЕСПЛАТНЫЙ)

Горячая линия консультативно-диспетчерского центра филиала страховой медицинской организации ЗАО МАКС-М в городе Грозный:

8 (800) 333-55-03 (звонок БЕСПЛАТНЫЙ)



страхования, независимо от срока действия, выданные СМО, осуществляющим деятельность в сфере ОМС, до 1 мая 2011 года, являются действующими до их замены на полисы ОМС единого образца и замены не требуют. Медицинская помощь по полисам старого образца должна оказываться беспрепятственно и бесплатно.

Начиная с мая 2011 года началась процедура выдачи полисов ОМС единого образца (нового образца). Для получения полиса ОМС необходимо предъявить паспорт гражданина РФ.

Во избежание социальной напряженности и с учетом распространения срока действия полисов ОМС (старого образца) до их замены на полисы единого образца, выдача полисов ОМС единого образца проводится страховыми медицинскими организациями в первоочередном порядке по следующим основаниям:

- Первичное получение полиса, в т.ч. новорожденным;
- Смена фамилии, имени, отчества;
- Смена места жительства (регион).



ИМЕЕТ ЛИ ПРАВО РАБОТОДАТЕЛЬ ПОЛУЧАТЬ ПОЛИСЫ ОМС ЕДИНОГО ОБРАЗЦА?

С 1 января 2011 года вступил в силу новый Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон). В соответствии с Законом каждый застрахованный по обязательному медицинскому страхованию гражданин имеет право самостоятельного выбора (замены) страховой медицинской организации (СМО) путем подачи заявления в выбранную СМО. Застрахованный гражданин самостоятельно обращается в выбранную им СМО. Участие работодателя при выборе застрахованным лицом страховой медицинской организации и



получении полиса ОМС исключено.

Закон не предусматривает заключение договоров обязательного медицинского страхования работающих граждан (между работодателями и страховыми медицинскими организациями). В связи с этим при получении временного свидетельства и полиса ОМС представление справки с места работы не требуется. При увольнении сотрудника изъятие у него страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования является недопустимым.



В КАКИЕ ФОНДЫ ОРГАНИЗАЦИЯ ДОЛЖНА ОТЧИСЛЯТЬ СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ?

Согласно статье 11 Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон об ОМС) работодатель является страхователем для работающих граждан.

В качестве страхователя он обязан зарегистрироваться в отделении ПФ РФ и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов (в том числе на обязательное медицинское страхование) в соответствии со статьей 6 Федерального Закона от 24.07.2009 №212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» и статьей 17 Закона об ОМС.

В соответствии со статьей 16 Закона об ОМС застрахованным гражданам дано право на самостоятельный выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования. Подать заявление в страховую медицинскую организацию можно лично или через своего представителя.



ПРИ ВЫДАЧЕ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТА У МЕНЯ ПОПРОСИЛИ ПРЕДЪЯВИТЬ ПОЛИС ОМС ЕДИНОГО ОБРАЗЦА.

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПРАВОМОЧНЫМ ДАННОЕ ТРЕБОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА?

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

При обращении за плановой медицинской помощью застрахованные лица обязаны предъявить страховой медицинский полис и документ, удостоверяющий личность.

Медицинская помощь при экстренных и неотложных состояниях оказывается бесплатно независимо от наличия страхового медицинского полиса.

Решение о необходимости оформления листка нетрудоспособности принимается в процессе лечения пациента.

Вопросы оформления и выдачи листков нетрудоспособности находятся в компетенции Фонда социального страхования Российской Федерации.



КАКИЕ ПРАВА ИМЕЮТ ЗАСТРАХОВАННЫЕ ПО ОМС?

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступившим в силу с 1 января 2011 года,



застрахованными по обязательному медицинскому страхованию лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ИМЕЮТ ПРАВО НА:

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

3) 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 в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;



6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ОБЯЗАНЫ:

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

4) 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.



КАК ПОЛУЧИТЬ ПОЛИС ОМС ГРАЖДАНАМ РФ, НЕ ИМЕЮЩИМ РЕГИСТРАЦИИ?

Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу определен Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон) и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н (далее – Правила ОМС).

Согласно Закону каждый застрахованный по обязательному медицинскому страхованию гражданин имеет право выбора страховой медицинской организации (далее также – СМО). Для выбора СМО застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением. Заявление содержит сведения, как о месте регистрации, так и о месте жительства застрахованного лица.

К заявлению о выборе страховой медицинской организации прилагаются следующие документы (или их заверенные копии), необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица: для граждан Российской Федерации - документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта); СНИЛС (при наличии).

Регистрационный учет граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации введен законом Российской Федерации от 25 июня 1993 года № 5242-1 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации» в целях обеспечения необходимых условий для реализации гражданином Российской Федерации его прав и свобод, а также исполнения им обязанностей перед другими гражданами, государством и обществом (ст. 3 Закона). Обязанность граждан регистрироваться



в органах регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства установлена также Правилами регистрации и снятия граждан Российской Федерации с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации (п. 4), утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 17 июля 1995 года № 713. В соответствии с п. 18 указанных Правил органы регистрационного учета производят отметку в паспортах граждан о регистрации по месту жительства. (Гражданам, регистрация которых производится по иным документам, удостоверяющим личность, выдается свидетельство о регистрации по месту жительства.)

Таким образом, отметка в паспорте о регистрации гражданина Российской Федерации по месту жительства является документальным свидетельством его проживания на территории Чеченской Республики, а также основанием для их включения гражданином Страхователем неработающего населения в список застрахованных и выдачи ему полиса обязательного медицинского страхования.

Одновременно разъясняем, что полисы ОМС действующие по состоянию на 31 декабря 2010 года, а также выданные до 1 мая 2011 года, считаются действующими до их замены на полисы ОМС единого образца. Медицинская помощь по полисам старого образца должна оказываться беспрепятственно и бесплатно.

С 1 мая 2011 года началась процедура выдачи полисов ОМС единого образца (нового образца). Во избежание социальной напряженности населения и с учетом срока действия полисов ОМС (старого образца) до их замены на полисы ОМС единого образца, выдача полисов ОМС единого образца проводится страховыми медицинскими организациями в первоочередном порядке в следующих случаях: первичное получение полиса, в т.ч. новорожденным; смена фамилии, имени, отчества; смена места жительства (региона).

На территории Чеченской Республики в настоящее время работает одна страховая медицинская организация – филиал ЗАО «МАКС-М», расположенный по адресу: г. Грозный, улица Грибоедова, 97а. По всем вопросам граждане могут обратиться по телефону бесплатной горячей линии консультативно-диспетчерского центра 8-800-333-55-03.



КАКОВ ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ,

В ТОМ ЧИСЛЕ УЧАСТНИКАМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОКАЗАНИЮ СОДЕЙСТВИЯ ДОБРОВОЛЬНОМУ ПЕРЕСЕЛЕНИЮ В РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ ЗА РУБЕЖОМ?

Отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования (в том числе правовое положение субъектов и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, а также гарантии их реализации), регулируются Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон), а также Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н (далее - Правила ОМС).

Постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 №4528-1 «О беженцах», согласно статье 10 Федерального закона, являются застрахованными лицами.

Правилами ОМС установлен единый порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования.



В СООТВЕТСТВИИ С ПУНКТОМ 9 ПРАВИЛ ОМС ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДДАНАМ НЕОБХОДИМО ПРЕДСТАВИТЬ:

№ п/п	Категория лиц	Перечень документов	Основание
1	Иностранцы граждане, постоянно проживающие в РФ	паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; вид на жительство; СНИЛС (при наличии).	п.9 п.п.4 Правил
2	Иностранцы граждане, временно проживающие в РФ	Паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ; СНИЛС (при наличии)	п.9 п.п.6 Правил

Без соблюдения перечисленных выше условий полис обязательного медицинского страхования не выдается. При этом особый порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования участникам Государственной программы по



оказанию содействия участникам Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, не предусмотрен.

Одновременно сообщаем, что иностранным гражданам медицинская помощь оказывается бесплатно при экстренных и неотложных состояниях (до минования угрозы жизни пациента или здоровью окружающих) за счет средств бюджета Чеченской Республики.



Я - ГРАЖДАНИН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. МОЙ СЫН (6 ЛЕТ) – ГРАЖДАНИН КИРГИЗИИ. ЖИВЁМ В МОСКВЕ, ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.

СКАЖИТЕ, Я МОГУ ПОЛУЧИТЬ ПОЛИС ДЛЯ РЕБЁНКА?

В соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

Согласно Федеральному закону от 25.07.2002 г. №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» иностранные граждане, находящиеся на территории Российской Федерации, разделяются на следующие категории:



1. иностранные граждане, временно пребывающие в Российской Федерации (ст. 5);

2. иностранные граждане, временно проживающие в Российской Федерации (ст. 6);

3. иностранные граждане, постоянно проживающие в Российской Федерации (ст. 8).

Из категории неработающих иностранных граждан имеют право быть застрахованными по обязательному медицинскому страхованию только постоянно проживающие в Российской Федерации.

При наличии у Вашего ребёнка вида на жительство, Вы можете получить ему страховой медицинский полис ОМС.

В том случае, если по существующему законодательству Ваш сын не может быть застрахован по обязательному медицинскому страхованию, Вы можете застраховать его, оформив полис добровольного медицинского страхования в любой страховой компании, имеющей лицензию на осуществление данного вида деятельности.



КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА ОКАЗЫВАТЬСЯ ПО ПОЛИСУ ОМС БЕСПЛАТНО?

За счет средств обязательного медицинского страхования застрахованным лицам оказывается медицинская помощь в соответствии с Территориальной программой ОМС, являющейся составной частью Программы, включающая первичную медико-санитарную, в том числе профилактическую, скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированную медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированную медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи в 2014 году) при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 2 Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции



и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения.

В рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

Страховое обеспечение в соответствии с ТП ОМС устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами Чеченской Республики, медицинская помощь предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1) Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая лечение наиболее распространенных болезней, травм (в том числе с применением соответствующих иммуноглобулинов для экстренной профилактики бешенства и клещевого энцефалита), отравлений и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок и профилактических осмотров, диспансерное наблюдение граждан (в том числе женщин в период беременности, здоровых детей, взрослых с факторами риска развития заболеваний, лиц с хроническими заболеваниями), ортодонтическое лечение детей (до 18 лет) без применения брекет-систем, применение вспомогательных репродуктивных технологий



(экстракорпорального оплодотворения), заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, в том числе в части приобретения расходных материалов, первичную доврачебную медико-санитарную помощь, оказываемую фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, санитарно-гигиеническое просвещение граждан и проведение других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

2) Стационарная помощь в случаях плановой или экстренной госпитализации, в том числе все виды медицинской помощи, оказанные в отделениях (на койках) интенсивной терапии и реанимации, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования.

3) Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах всех типов.

4) Мероприятия по медицинской реабилитации (долечиванию) больных в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях.

5) Скорая медицинская помощь (за исключением скорой специализированной медицинской помощи).

6) Высокотехнологичная медицинская помощь.

7) Оказание медицинской помощи, медицинских и иных услуг в центрах реабилитации.



В КАКИХ СЛУЧАЯХ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ МОЖЕТ ОКАЗЫВАТЬСЯ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ?

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации на территории Чеченской Республики медицинской помощи на 2015 год и плановые периоды 2016 и 2017 годов определяет перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой



гражданам в системе ОМС бесплатно.

Ознакомиться с перечнем медицинских организаций, работающих в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, можно на официальном сайте ТФОМС Чеченской Республики.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый гражданин имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по его желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи (ст. 19, 84).

Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ИМЕЮТ ПРАВО ОКАЗЫВАТЬ ПАЦИЕНТАМ ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ:

1) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

2) при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;



3) гражданами иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона №323-ФЗ.

5) при заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы.

В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, медицинская организация обязана предупредить об этом гражданина. Без согласия гражданина дополнительные медицинские услуги на возмездной основе не могут быть оказаны.

В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи.



Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам установлены постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Если застрахованный в сфере обязательного медицинского страхования был проинформирован лечащим врачом о возможности получения медицинской помощи бесплатно по программе ОМС, но дал согласие на получение ее на платной основе и подписал договор об оказании платных услуг, то понесенные им затраты возмещению не подлежат.



ПРАВОМЕРНО ЛИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПОЛИКЛИНИКУ ТРЕБОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ КОПИЙ ПАСПОРТА И ПОЛИСА ОМС?

В соответствии со статьей 81 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) порядок и условия оказания медицинской помощи устанавливаются органами власти субъектов Российской Федерации в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации на территории Чеченской Республики



медицинской помощи на 2015 год и плановые периоды 2016 и 2017 годов определена обязанность граждан предоставлять при обращении за медицинской помощью документ, удостоверяющий личность и полис обязательного медицинского страхования.

В ряде случаев для идентификации застрахованного гражданина в едином регистре застрахованных лиц с целью дальнейшей оплаты оказанной медицинской помощи сотрудники медицинской организации могут снять копии вышеуказанных документов, в то же время требование предоставления копий документов застрахованными гражданами при обращении за медицинской помощью является необоснованным.

Одновременно с этим согласно статье 11 Федерального закона отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС, недопустим.



КУДА НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬСЯ? ГРАЖДАНИН ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ, В ДАННЫЙ МОМЕНТ НАХОДИТСЯ В ДРУГОМ РЕГИОНЕ СТРАНЫ, ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ЕМУ СКАЗАЛИ, ЧТО ЕГО ПОЛИС НЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫЙ.

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования действителен на всей территории Российской Федерации. Любой отказ в медицинской помощи по причине предъявления полиса ОМС, выданного за пределами региона, куда Вы прибыли, неправомерен.

При наступлении страхового случая Вы имеете право на получение бесплатной медицинской помощи в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского



страхования в медицинских организациях, работающих в сфере ОМС того региона, куда Вы прибыли. Перечень таких организаций можно узнать в Территориальном фонде ОМС по месту Вашего пребывания или на сайте в сети «Интернет».

Защиту Ваших прав при обращении за медицинской помощью в Чеченской Республике осуществляет страховая медицинская компания, выдавшая Вам полис ОМС; за пределами Чеченской Республики – отдел по защите прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования того региона, куда Вы прибыли.



КАКОВА ПРОЦЕДУРА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН ДВУХ НОВЫХ СУБЪЕКТОВ РФ (КРЫМ И Г.СЕВАСТОПОЛЬ)?

Согласно статье 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованными по обязательному медицинскому страхованию лицами 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 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

На основании статьи 5 Договора между Российской Федерацией и Республикой Крым о принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов от 18.03.2014 (далее -



Договор) со дня принятия в Российскую Федерацию Республики Крым и образования в составе Российской Федерации новых субъектов граждане Украины и лица без гражданства, постоянно проживающие на этот день на территории Республики Крым или на территории города федерального значения Севастополя, признаются гражданами Российской Федерации, за исключением лиц, которые в течение одного месяца после этого дня заявят о своем желании сохранить имеющееся у них и (или) их несовершеннолетних детей иное гражданство либо остаться лицами без гражданства.

Указанной категории граждан Российской Федерации полисы обязательного медицинского страхования выдаются в порядке, установленном Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н (Зарег. в Минюсте России 03.03.2011 № 19998).



КАК ПРОЙТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ, С ЧЕГО НАЧАТЬ, КУДА ОБРАТИТЬСЯ?

В соответствии с приказом Минздрава России от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» диспансеризация определенных групп взрослого населения (далее – диспансеризация) проводится 1 раз в 3 года.

Для прохождения диспансеризации необходимо обратиться к врачу-терапевту (или врачу общей врачебной практики) медицинской организации (поликлиники), обслуживающей Вас по территориально - участковому принципу или выбранной Вами в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».



ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В ДВА ЭТАПА:

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами.

Граждане, нуждающиеся по результатам первого этапа диспансеризации в дополнительном обследовании, индивидуальном углубленном профилактическом консультировании или групповом профилактическом консультировании (школа пациента), направляются врачом-терапевтом (или врачом общей врачебной практики) на второй этап диспансеризации.

При наличии у Вас результатов осмотров, исследований, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, данные виды исследований могут повторно не назначаться. Решение о необходимости повторного осмотра, исследования принимается врачом индивидуально с учетом состояния Вашего здоровья.

Обращаем Ваше внимание, в случае отсутствия в медицинской организации, осуществляющей диспансеризацию, специалистов или лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, Вас могут направить для прохождения данных видов исследований в другую медицинскую организацию.

