ОМС

[**Закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ»**](http://kecrb.ru/index.php/pacientam/oms.html#zakon_oms)[**Памятка застрахованному в системе ОМС**](http://kecrb.ru/index.php/pacientam/oms.html#pamyatka_zastrahovannomu_oms)[**Права застрахованных**](http://kecrb.ru/index.php/pacientam/oms.html#prava_zastrahovannyh)[**Как получить полис OMC**](http://kecrb.ru/index.php/pacientam/oms.html#kak_poluchit_polis_oms)[**Порядок выдачи полиса ОМС**](http://kecrb.ru/index.php/pacientam/oms.html#poryadok_vydachi_polisa_oms)[**Переоформление полиса ОМС и выдача дубликата полиса ОМС**](http://kecrb.ru/index.php/pacientam/oms.html#pereoformlenie_polisa_oms)[**Реестр страховых медицинских организаций**](http://kecrb.ru/index.php/pacientam/oms.html#reestr_strahovyh_medicinskih_organizaciy)

Закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ»

С 1 января 2011 г. на территории России действует новый [Федеральный закон Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации, принятый 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ](http://kecrb.ru/attachments/article/11/326-FZ.doc). С 28 февраля 2011 г. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ утверждены Правила обязательного медицинского страхования.  
[Постановление Правительства Красноярского края от 28.12.2010 № 669-п «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи на 2011 год»](http://kecrb.ru/attachments/article/11/669-P-TPGG.doc), вступило в силу 11.01.2011;  
[Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2010 № 782 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год»](http://kecrb.ru/attachments/article/11/782-PGG-2011.doc), вступило в силу 21.10.2010.

Приоритетными положениями нового Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» являются:  
• выбор страховой медицинской организации гражданином, а не работодателем или органами власти субъектов РФ;   
• выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством РФ;   
• выдача полиса единого образца (теперь не требуется его замена при смене страховой медицинской организации или места жительства), конкретизация требований к межтерриториальным расчетам за оказанную медицинскую помощь, что гарантирует застрахованным получение медицинской помощи не только в том субъекте РФ, где получен полис, а на всей территории России.  
В целях обеспечения информированного выбора застрахованным лицом медицинской организации и страховой медицинской организации законодательно устанавливается обязанность обнародовать перечни указанных организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования, информацию об их деятельности, оказываемых услугах и результатах работы.   
  
Снимаются излишние административные барьеры для работодателей:   
• отсутствует необходимость работодателей заключать договора страхования со страховыми медицинскими организациями, права и обязанности сторон устанавливаются нормами закона;   
• нет необходимости регистрироваться в территориальном фонде обязательного медицинского страхования, учет плательщиков страховых взносов будет осуществлять Пенсионный фонд Российской Федерации.  
Устанавливаются принципы делегирования полномочий Российской Федерации по реализации базовой программы обязательного медицинского страхования органам государственной власти субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение переданных полномочий будет осуществляться за счет субвенций, предоставленных по единой методике для всех субъектов Российской Федерации.  
Субъекты Российской Федерации вправе осуществлять дополнительное финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования (сверх полученных субвенций), а также включать дополнительные виды и объемы медицинской помощи, финансовое обеспечение которых будет осуществляться за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Предусмотрена передача полномочий по организации оказания медицинской помощи с уровня местного самоуправления органам власти субъектов Российской Федерации, что обеспечит более эффективную организацию медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.  
В целях создания условий для выравнивания финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации предусматривается аккумулирование всего объема средств обязательного медицинского страхования по тарифу 5,1 процента в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования с 2012 года.  
С 2013 года обязательным становится переход на одноканальное финансирование медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования.  
Предусмотрены положения о реализации в 2011-2012 годах программ модернизации здравоохранения.   
До настоящего времени основным нормативным актом, регулирующим медицинское страхование в России, являлся Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», принятый 28 июня 1991 г. (с последующими изменениями и дополнениями).

Памятка застрахованному в системе ОМС

*В соответствии с Конституцией Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.*  
**Обязательное медицинское страхование** является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Каждый гражданин, имеющий полис обязательного медицинского страхования, имеет право на получение бесплатной, своевременной, качественной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, независимо от территории страхования.  
Законом Российской Федерации от 29.11.2010. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определены **права застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования на:**  
1. Бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:  
• на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;  
• 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, т.е. 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 в системе обязательного медицинского страхования обязаны:**

1. Предъявлять полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.  
2. Подавать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.  
3. Уведомлять страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.  
4. Осуществлять 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.  
**Виды и условия оказания медицинской помощи**, предоставляемой гражданам в Российской Федерации бесплатно, определены ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.   
Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.  
**Порядок и условия оказания медицинской помощи** устанавливаются нормативными правовыми актами органа государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и Программой государственных гарантий.  
**Территориальная программа государственных гарантий включает в себя:**  
• перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда медицинского страхования;  
• порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований;  
• перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи);  
• перечень лекарственных средств, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения опускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства опускаются по рецептам врачей с 50- процентной скидкой со свободных цен;  
• перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы.

**В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования предоставляется первичная медико-санитарная, неотложная и специализированная медицинская помощь, предусматривающая, в том числе, обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации:**  
1. Амбулаторная медицинская помощь предоставляется гражданам при заболеваниях, травмах, отравлениях и других патологических состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции и использования интенсивных методов лечения, а также при беременности и искусственном прерывании беременности на ранних сроках (абортах).  
2. Стационарная медицинская помощь предоставляется гражданам в случаях заболеваний, в том числе острых, обострения хронических заболеваний, отравлений, травм, патологии беременности, родов, абортов, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям.  
3. Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов.  
**Ознакомиться с территориальной программой государственных гарантий граждане имеют право** в учреждении здравоохранения, страховой медицинской организации, выдавшей им полис обязательного медицинского страхования, органе управления здравоохранением, в территориальном фонде обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в средствах массовой информации, на сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования.  
**Платные медицинские услуги** предоставляются гражданам сверх гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи.   
**Нарушениями прав граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи считаются:**  
• незаконное взимание врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций денежных средств за оказание медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий;  
• незаконное взимание денежных средств в кассу медицинских организаций за оказание за плату медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий;  
• незаконное взимание денежных средств за выдачу направлений на лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств;  
• приобретение за счет средств пациентов лекарственных средств и изделий медицинского назначения из утвержденного территориальной программой государственных гарантий перечня жизненно необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения;  
• несоблюдение сроков предоставления плановой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий;  
• отказ в оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.  
**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.   
Полис обязательного медицинского страхования удостоверяет, что оплату оказанной медицинской помощи производит страховая медицинская организация, выдавшая полис.   
Полис ОМС находится на руках у застрахованного лица и изъятию работодателем не подлежит  
**В случае необходимости получения медицинской помощи застрахованным, не имеющим возможности предъявить полис обязательного медицинского страхования**, он указывает застраховавшую его страховую медицинскую организацию или обращается за подтверждением в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, которые обязаны подтвердить медицинской организации факт страхования и обеспечить застрахованного полисом обязательного медицинского страхования.  
Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования выдается гражданину бесплатно.  
**Полис обязательного медицинского страхования действителен на всей территории Российской Федерации.**Любой отказ в медицинской помощи по причине предъявления полиса обязательного медицинского страхования, выданного вне территории страхования, неправомерен.  
Защиту прав застрахованного при обращении за медицинской помощью осуществляет страховая медицинская организация, выдавшая полис обязательного медицинского страхования.  
Медицинские организации не вправе отказывать гражданам в предоставлении медицинской помощи, включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования. В случае отказа медицинской организации в оказании бесплатной медицинской помощи застрахованный гражданин вправе обратиться за защитой своих прав в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.  
**Обязанности страховой медицинской организации:**  
• выдать гражданину полис обязательного медицинского страхования;  
• оплатить медицинскую помощь, оказанную гражданину в медицинской организации;  
• обеспечивать защиту прав и законных интересов в системе обязательного медицинского страхования, в том числе и в судебном порядке;  
• информировать граждан о правах на получение бесплатных медицинских услуг, оказываемых в объеме и на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования, перечне медицинских учреждений, предоставляющих медицинскую помощь по территориальной программе обязательного медицинского страхования, порядке организации приема застрахованных, правах пациента;  
• контролировать объем, сроки и качество оказания медицинской помощи;  
• осуществлять прием заявлений, жалоб и обращений, в том числе о нарушении прав при получении медицинской помощи в медицинских учреждениях, действующих в системе обязательного медицинского страхования, и принимать по ним решения в соответствии с действующим законодательством (срок рассмотрения заявления - один месяц).

***Если Ваши права в системе обязательного медицинского страхования нарушены, незамедлительно обращайтесь в страховую медицинскую организацию, в которой Вы застрахованы по обязательному медицинскому страхованию. Название и телефон страховой медицинской организации указаны на Вашем полисе обязательного медицинского страхования.***

Каждый застрахованный по обязательному медицинскому страхованию гражданин обязан предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи (пункт 2 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в российской Федерации»).  
При предъявлении полиса обязательного медицинского страхования медицинская помощь застрахованному гражданину оказывается бесплатно. Виды и условия оказания медицинской помощи определены в Программе государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи (далее – Программа госгарантий), утверждаемой ежегодно постановлением Правительства Красноярского края.  
Населению, проживающему на территории Красноярского края, бесплатно за счет средств краевого, местных бюджетов и средств обязательного медицинского страхования предоставляются следующие виды медицинской помощи:   
• Скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина,   
• Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний,   
• Стационарная помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, травмах, отравлениях, родах,   
• Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах всех типов.  
Финансовые средства Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования расходуются на оплату труда медицинских работников, приобретение продуктов питания, лекарственных средств и мягкого инвентаря. **При оказании медицинской помощи в больницах, дневных стационарах всех типов, а также службой скорой медицинской помощи пациентам оказывается бесплатная лекарственная помощь в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, а также обеспечиваются необходимыми изделиями медицинского назначения согласно Перечню жизненно необходимых и важнейших изделий медицинского назначения, ежегодно утверждаемыми Правительством Красноярского края.**   
  
При оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях бесплатное обеспечение пациентов необходимыми лекарственными средства не предусмотрено, за исключением льготных категорий граждан, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.07.94 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения». Федеральным законом от 22.08.04 №122 –ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».  
Если учреждение здравоохранения отказывается принять Вас на лечение или предлагает лечение на платной основе путем оплаты через кассу, а также заключение договора добровольного медицинского страхования, необходимо прежде всего обратиться к руководству этого медицинского учреждения для уточнения входят ли предлагаемые услуги в Программу госгарантий, в случае, если администрация медучреждения отказывает в помощи либо Вы считаете, что ваши права все-таки нарушаются, обращайтесь в свою страховую медицинскую организацию или на Телефон доверия по вопросам доступности и качества медицинской помощи «Право на здоровье»: **8-800-700-000-3**(звонок по РФ бесплатный), или в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края по адресу: 660021, г. Красноярск, ул. Копылова, 2 «Б», тел. 8(391) 256-69-53, 256-69-92, [**http://www.krasmed.ru**](http://www.krasmed.ru/).  
Если Вы выезжаете за пределы Красноярского края, **необходимо взять с собой полис обязательного медицинского страхования**. На территории Российской Федерации при наличии полиса обязательного медицинского страхования и паспорта медицинская помощь Вам будет оказана бесплатно в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования с последующей оплатой Красноярским краевым фондом обязательного медицинского страхования в порядке межтерриториальных расчетов за оказанную Вам медицинскую помощь. По всем вопросам оказания медицинской помощи, в случае возникновения конфликтов, необходимо обращаться в территориальный фонд обязательного медицинского страхования того региона, в котором Вы находитесь.  
Номера телефонов и адреса территориальных фондов обязательного медицинского страхования Вы можете узнать на сайте Федерального фонда ОМС [http://www.ffoms.ru](http://www.ffoms.ru/) в разделе «Территориальные фонды ОМС».  
Если Вы приехали в наш край из другого региона Российской Федерации, то при наличии полиса обязательного медицинского страхования и паспорта Вам будет оказана бесплатная медицинская помощь в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования. Если Вы житель ближнего или дальнего зарубежья и не имеете полиса обязательного медицинского страхования, бесплатно вам будет оказана только экстренная и неотложная медицинская помощь.  
Направление застрахованного на консультацию, лечение в другие учреждения здравоохранения края осуществляется лечащим врачом согласно порядку, установленному на территории края.  
Направление застрахованных в учреждения здравоохранения, центры, клиники Минздравсоцразвития РФ, финансируемые из федерального бюджета, оказывающие высокотехнологичные (дорогостоящие) виды медицинских услуг, осуществляет министерство здравоохранения администрации Красноярского края.  
Стоматологическая медицинская помощь оказывается застрахованным по ОМС гражданам в полном объеме бесплатно с применением лекарственных средств и расходных материалов, **из Перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, используемых при оказании гражданам бесплатной стоматологической медицинской помощи в организациях здравоохранения края**, который также ежегодно утверждается Правительством Красноярского края в составе Программы госгарантий.  
Льготное зубопротезирование на территории края осуществляется в соответствии с действующим законодательством Красноярского края за счет средств краевого бюджета.

Права застрахованных

ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 21.11.2011г. 323-ФЗ (глава 4) определяет:   
• Право на охрану здоровья  
• Право на медицинскую помощь  
• Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства  
• Выбор врача и медицинской организации  
• Информация о состоянии здоровья  
• Информация о факторах, влияющих на здоровье  
• Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья  
• Права военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу (направляемых на альтернативную гражданскую службу), и граждан, поступающих на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, на охрану здоровья  
• Права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи  
• Обязанности граждан в сфере охраны здоровья  
• Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья  
  
В соответствии со ст. 16 ФЗ от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» **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.   
В случае нарушения прав пациента можно обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, где оказывается медицинская помощь, или в свою страховую медицинскую организацию, а также в Красноярский краевой фонд обязательного медицинского страхования или в суд.

Как получить полис OMC

**С 1 мая 2011 года на всей территории Российской Федерации введен полис ОМС единого образца.**

***На территории Красноярского края с 1 мая 2011 года выдаются бумажные полисы ОМС, а в дальнейшем будет осуществлен переход на выдачу полисов ОМС в электронном виде.***

**Полисы ОМС, выданные лицам**, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию **до 1 января 2011 года, являются действующими, даже если в документе написано, что его «срок действия» заканчивается раньше**.   
С 1 января 2011 года при смене гражданином статуса (устройство на работу, смена места работы, выход на пенсию, поступление в учебное заведение и т.д.) полис ОМС остается на руках у гражданина.  
С 1 января 2011 года граждане получили право на выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения и участкового врача (вступил в силу Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон).   
Граждане выбирают страховую медицинскую организацию (далее – СМО) из числа СМО действующих в системе обязательного медицинского страхования Красноярского края.  
Выбор СМО осуществляется вне зависимости от места регистрации гражданина. Для выбора или замены СМО и получения полиса обязательного медицинского страхования (далее – полис ОМС) гражданин лично или через своего представителя (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - законный представитель) обращается в пункт выдачи полисов выбранной им СМО с заявлением о выборе (замене) СМО.  
Прием заявлений и выдача полисов ОМС (переоформленного полиса ОМС, дубликата полиса ОМС) осуществляется в пунктах выдачи полисов ОМС, организованных на территории Красноярского края СМО, имеющих лицензию на деятельность по обязательному медицинскому страхованию на территории Красноярского края.   
Заявление о выборе (замене) СМО оформляется в письменной форме или машинописным способом и передаются в СМО.  
Для удобства застрахованных лиц в городе Красноярске и других населенных пунктах Красноярского края организована работа в дежурных пунктах выдачи полисов ОМС в выходные, праздничные дни и в нерабочее время. Уточнить режим работы пунктов можно, позвонив по телефону доверия по вопросам доступности и качества медицинской помощи "Право на здоровье" 8-800-700-000-3.  
При необходимости застрахованный гражданин может осуществить замену страховой компании один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября путем подачи заявления во вновь выбранную страховую компанию.  
На основании заявления о выборе (замене) СМО и прилагаемых документов СМО осуществляет учет застрахованного лица по обязательному медицинскому страхованию.

Порядок выдачи полиса ОМС

В день подачи гражданином в выбранную СМО заявления о выборе (замене) СМО, гражданину выдается временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС и удостоверяющее право на бесплатное оказание медицинской помощи гражданину медицинскими организациями при наступлении страхового случая, то есть при обращении за медицинской помощью.  
Временное свидетельство заверяется подписью представителя СМО, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства и печатью СМО. Затем СМО направляет в ТФОМС Красноярского края запрос по гражданину, которому выдано временное свидетельство, для того чтобы проверить – есть ли действующий полис единого образца у гражданина в Едином регистре застрахованных лиц Российской Федерации (далее ЕРЗЛ) (он может быть ранее выдан гражданину на территории другого субъекта РФ).   
В случае выявления в ЕРЗЛ у застрахованного лица действующего полиса ОМС единого образца СМО в течение пяти рабочих дней со дня получения заявления о выборе (замене) СМО уведомляет застрахованное лицо по указанным в заявлении контактным данным об отказе в выдаче ему полиса ОМС с указанием мотивов отказа и данными об имеющемся полисе ОМС.   
В случае отсутствия действующего полиса ОМС единого образца у застрахованного лица в ЕРЗЛ ТФОМС Красноярского края включает сведения о застрахованном лице в заявку на изготовление полисов ОМС единого образца и направляет в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС). ФОМС обеспечивает изготовление и доставку полисов в ТФОМС Красноярского края.



Информацию об изготовленных полисах Вы можете получить на официальном сайте ТФОМС Красноярского края в специальном разделе «Информация о готовности полиса ОМС».   
СМО при получении изготовленного полиса ОМС информирует гражданина по указанным в заявлении контактным данным (телефону, адресу электронной почты) или направляет уведомление по почтовому адресу и приглашает получить полис ОМС в пункте выдачи полисов ОМС.  
СМО выдает застрахованному лицу полис ОМС в срок, не превышающий срока действия временного свидетельства (30 рабочих дней).   
Застрахованное лицо получает полис ОМС и расписывается в получении полиса ОМС в журнале регистрации выдачи полисов ОМС.

***Дополнительная информация о получении полиса ОМС для граждан с ограниченными возможностями, инвалидов.***  
*Полис ОМС для граждан с ограниченными возможностями могут получить работники социальных служб, родственники и другие доверенные лица по доверенности, оформленной в простой письменной форме.*

СМО обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис ОМС, с Правилами ОМС, базовой и территориальной Программой ОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования на территории Красноярского края.   
Одновременно с полисом ОМС застрахованному лицу выдается Памятка для застрахованных лиц, которая содержит информацию о правах и обязанностях застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования и контактные телефоны ТФОМС Красноясркого края и СМО, выдавшей полис ОМС.

*Застрахованные лица****обязаны****уведомить СМО об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда данные изменения произошли. В данных случаях необходимо переоформить полис.*

Гражданам РФ, а также постоянно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства с 01 мая 2011 года полис ОМС выдается без ограничения срока действия.  
Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», полис ОМС выдается на срок пребывания, установленный в документах. Временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства полис ОМС выдается на срок действия разрешения на временное проживание.

Переоформление полиса ОМС и выдача дубликата полиса ОМС

**Переоформление полиса** ОМС осуществляется по заявлению застрахованного лица о переоформлении полиса ОМС в случаях изменений:  
- фамилии, имени, отчества;  
- места жительства;  
- даты рождения;   
- места рождения;   
- установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.  
Переоформление полиса ОМС осуществляется при предъявлении документов, подтверждающих изменения.  
**Выдача дубликата полиса** ОМС осуществляется по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса, в случаях:  
- ветхости и непригодности полиса ОМС для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста, механическое повреждение пластиковой карты с электронным носителем и другие);  
- утери полиса ОМС.   
Заявления о переоформлении полиса ОМС и выдаче дубликата полиса ОМС оформляются в письменной форме или машинописным способом, и подается (направляется) в СМО.  
Заявление о выдаче дубликата полиса ОМС или переоформлении полиса ОМС.  
**Информацию об изготовленных полисах** Вы можете получить на официальном сайте ТФОМС Красноярского края в специальном разделе «Информация о готовности полиса ОМС».   
**ПОМНИТЕ**, что получить бесплатную, своевременную и качественную медицинскую помощь по полису ОМС можно в любой медицинской организации системы обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации.   
Если Вы считаете, что Ваши права на получение полиса ОМС нарушены, незамедлительно обращайтесь к руководителю страховой медицинской организации, которую Вы выбрали, на официальный сайт ТФОМС Красноярского края, позвоните по телефону доверия по вопросам доступности и качества медицинской помощи или задайте свой вопрос и в течение 5 рабочих дней Вы получите ответ на официальном сайте ТФОМС Красноярского края [**http://www.krasmed.ru**](http://www.krasmed.ru/).   
**Получить дополнительную информацию Вы можете по телефону доверия по вопросам доступности и качества медицинской помощи «Право на здоровье»:**

**8-800-700-000-3**

**(звонок по РФ бесплатно) или обратиться в ТФОМС Красноярского края по адресу: 660021, г. Красноярск, ул. Копылова, 2 «Б», тел. 8(391) 256-69-23, email:**[**office@krasmed.ru**](mailto:office@krasmed.ru)**,**[**http://www.krasmed.ru**](http://www.krasmed.ru/)

|  |
| --- |
|  |
| **Вложения:** |