



Полис обязательного медицинского страхования (ОМС) – это документ, который является гарантией для застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

- Полис ОМС является документом, гарантирующим получение бесплатной медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) на всей территории Российской Федерации по программе ОМС;
- Полис ОМС действует бессрочно;
- Полис ОМС действует на всей территории Российской Федерации. Любой отказ в оказании медицинской помощи по причине предъявления полиса, выданного вне территории обращения за медицинской помощью, неправомерен. Для защиты Ваших прав при получении медицинской помощи вне территории страхования необходимо обращаться в территориальный фонд ОМС того региона, куда Вы прибыли;
- Отправляясь в поездку, обязательно берите с собой полис ОМС. При обращении за плановыми медицинскими услугами застрахованные граждане должны предъявлять полис ОМС;
- Скорая медицинская помощь в экстренной и неотложной форме оказывается гражданам независимо от наличия полиса ОМС и других документов.

Застрахованные лица имеют право на:

1. Оказание медицинской помощи бесплатно на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой Программой ОМС, а на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС;
2. Выбор страховой компании путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС. Для ребенка до достижения им совершеннолетия выбор осуществляется его родителями или законным представителем;
3. Замену страховой компании, 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 ОМС, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую компанию;
4. Выбор медицинского учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях из числа медицинских учреждений, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и участвующих в реализации территориальной программы ОМС, один раз в год (чаще, чем 1 раз в год – при перемене места жительства). Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Архангельске и Архангельской области, размещён на сайте территориального фонда ОМС Архангельской области www.arhofoms.ru;
5. Выбор медицинского учреждения для лечения в стационарных условиях из перечня учреждений, работающих в ОМС и принимающих пациентов соответствующего профиля. Информацию о медицинских учреждениях для лечения в стационарных условиях вам обязан предоставить врач, направляющий на госпитализацию и ваша страховая медицинская организация;
6. Выбор врача с учетом его согласия путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинского учреждения;
7. Получение от территориального фонда ОМС, страховой компании и медицинских учреждений достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;
8. Защиту персональных данных (сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении);
9. Возмещение медицинским учреждением ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением им обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;
10. Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
11. Информированное добровольное согласие (отказ) на медицинское вмешательство;
12. Получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии своего здоровья;
13. Непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние своего здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
14. Обращение с жалобой к руководителю или иному должностному лицу медицинского учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации, либо в суд в случаях нарушения его прав;
15. Защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Застрахованные лица обязаны:

Предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

Страховая медицинская организация обязана:

1. Выдавать полисы ОМС;
2. Оплачивать оказанную Вам медицинскую помощь;
3. Обеспечивать защиту Ваших прав и законных интересов в сфере ОМС;
4. Информировать Вас о правах на получение бесплатных медицинских услуг, перечне медицинских учреждений, предоставляющих медицинскую помощь по территориальной программе ОМС, порядке организации приема застрахованных, о правах пациента;
5. Контролировать объем, сроки, качество и условия предоставленной Вам медицинской помощи;
6. Изучать мнение застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи.

Страховая медицинская организация обязана:

1. Оказывать застрахованным гражданам медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС;
2. Предоставлять застрахованным гражданам полную, своевременную и достоверную информацию о видах, условиях и формах предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
3. Заполнять при оказании медицинской помощи информированное добровольное согласие (либо отказ) гражданина на медицинское вмешательство;
4. Проводить разбор жалоб и обращений граждан по поводу оказания и условий предоставления медицинской помощи, а также обращений, связанных с вопросами этики и деонтологии.

Если возникли проблемы:

1. При возникновении конфликтной ситуации в поликлинике или стационаре обращайтесь за помощью к заведующему отделением или к заместителю руководителя медицинского учреждения по медицинской части;
2. Если Ваши права нарушены, обращайтесь в страховую компанию. Заявление, поданное в письменном виде, повышает возможности страховой компании по защите Ваших прав;
3. Если в медицинском учреждении Вам предлагают заплатить за обследование или лечение, назначенное лечащим врачом, позвоните в свою страховую компанию (телефон указан на полисе) и удостоверьтесь, что данная услуга действительно может быть оказана Вам только на платной основе;
4. Если при обращении за медицинской помощью Вам приходится оплачивать оказанную медицинскую помощь, обязательно оформляйте договор, сохраняйте чеки и обращайтесь в страховую компанию за разъяснением обоснованности Ваших затрат.