

## ПОЛИС ОМС

- **Полис ОМС является документом, гарантирующим** получение бесплатной медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) на всей территории Российской Федерации по программе ОМС;
- **На полисах ОМС** указан адрес и номер телефона Вашей страховой компании, которая обязана консультировать Вас в случае возникновения проблем при получении медицинской помощи и защищать Ваши права;
- **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.

**NB:** Полис ОМС выдается гражданину бесплатно. Для этого необходимо написать заявление в выбранную страховую компанию. Список страховых медицинских организаций размещён на сайте территориального фонда ОМС Архангельской области [www.arhofoms.ru](http://www.arhofoms.ru). Полис ОМС подлежит обязательной замене при смене паспортных данных. Все полисы ОМС, выданные лицам, застрахованным до 31.12.2010, независимо от срока окончания их действия и указанного статуса застрахованного лица (работающий/неработающий) действительны до замены их на полисы ОМС единого образца или УЭК (универсальная электронная карта).

## КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПО ПОЛИСУ ОМС БЕСПЛАТНО

Виды, условия и формы оказания медицинской помощи, а также сроки её предоставления определены территориальной программой государственных гарантий, ежегодно утверждаемой Правительством Архангельской области. С территориальной программой государственных гарантий можно ознакомиться на сайте территориального фонда ОМС Архангельской области [www.arhofoms.ru](http://www.arhofoms.ru).

### По полису ОМС бесплатно оказывается медицинская помощь при следующих заболеваниях:

- инфекционные и паразитарные болезни (за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита);
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- беременности, роды, послеродовый период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

## СИТУАЦИИ, ПРИ КОТОРЫХ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ОКАЗЫВАЮТСЯ ЗА ПЛАТУ (ПО ЖЕЛАНИЮ ПАЦИЕНТА):

### Платно предоставляются медицинские услуги:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий;
- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;
- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень;
- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;
- при оказании медицинских услуг анонимно;
- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

При оказании платных медицинских услуг между потребителем (заказчиком) и исполнителем должен быть заключен договор в письменной форме.

## ПРЕДЕЛЬНЫЕ СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОМС

### АМБУЛАТОРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- Оказание медицинской помощи по неотложным показаниям в амбулаторных условиях осуществляется в день обращения;
- Сроки ожидания плановых консультаций врачей-специалистов и диагностических исследований: в поликлиниках – не более 14 дней; в консультативных поликлиниках и консультативно-диагностических центрах – не более 1 месяца; сроки ожидания компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии – не более 3 месяцев.

**NB:** Если медицинская организация не может предоставить гражданину медицинскую помощь в установленный законом срок, она обязана направить его в другое медицинское учреждение из списка организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, где необходимая медицинская помощь будет оказана в установленные сроки. Если гражданин согласен на ожидание медицинской помощи сверх нормативных сроков, такое согласие должно быть оформлено письменно.

### СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- Срок ожидания плановой госпитализации – до 1 месяца;
- Осмотр пациента в приемном отделении при госпитализации не должен превышать одного часа;
- Осмотр пациента и лечебные мероприятия при состоянии здоровья, требующем оказания экстренной медицинской помощи, осуществляются медицинским работником, к которому обратился гражданин, незамедлительно; повторный осмотр – не позднее, чем через час после перевода в профильное отделение.

## 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](http://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:

1. **Предъявить полис ОМС** при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
2. **Уведомить** страховую компанию **об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства** в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
3. **Осуществить выбор** страховой компании по новому месту жительства **в течение одного месяца** в случае изменения места жительства и отсутствия страховой компании, в которой ранее был застрахован гражданин;

4. **В случае утраты полиса ОМС** обратиться в страховую компанию, в которой Вы были застрахованы, с заявлением о выдаче дубликата полиса ОМС.

#### СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ 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.

#### МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБЯЗАНО:

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.

**NB:** Старайтесь при каждом случае, когда предлагают оплатить медицинские услуги, в первую очередь, получить консультацию по данному вопросу в страховой компании, полис которой Вы имеете.

**Если вы хотите задать вопрос или считаете, что ваши права нарушены, ЗВОНИТЕ!**

На полисах ОМС указан адрес и номер телефона Вашей страховой компании, которая обязана консультировать Вас в случае возникновения проблем при получении медицинской помощи и защищать Ваши права.

**Филиалы страховых компаний, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Архангельской области:**

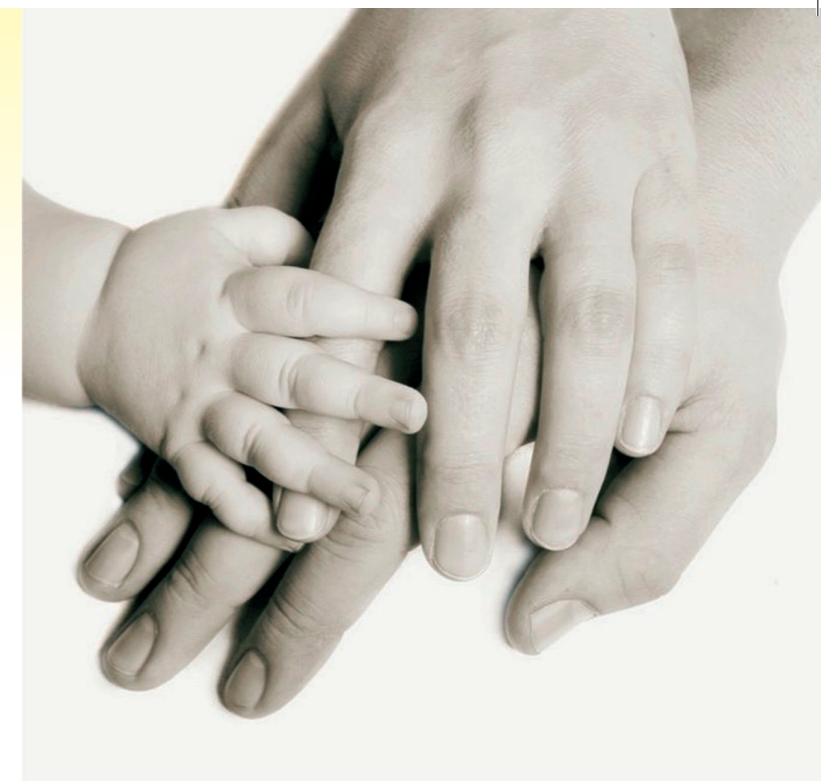
Наименование страховой компании	Адрес	Контакты
Архангельский филиал ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»	163069, г. Архангельск, Набережная Северной Двины, 112, корп.3	28-50-40 28-55-95
филиал ООО «РГС-Медицина»-«Росгосстрах-Архангельск-Медицина»	163000, г. Архангельск, ул. Поморская, 5, офис 420	20-79-49 20-92-77

**Если у Вас есть претензии к работе Вашей страховой компании, обращайтесь в:**

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области	163000 г. Архангельск, пр. Ч-Лучинского, 39, корп. 1	20-03-40 20-89-72
---	--	----------------------

**Помните: ваше здоровье – в ваших руках!**

**www.arhofoms.ru**  
**(8182) 28-58-62**



**ОМС – ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ**

**ВАШИ ПРАВА И ВОЗМОЖНОСТИ  
ПРИ БЕСПЛАТНОМ ПОЛУЧЕНИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**ТФОМС АО**

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ