

Как быстро получить полис ОМС?



Получить полис обязательного медицинского страхования достаточно просто. Обычно получение временного полиса ОМС занимает не более 20 минут. Обмен временного страхового полиса на постоянный осуществляется в течении 1 месяца с момента подачи заявления. Для того, чтобы получить полис надо:

1 Выбрать страховую компанию



[Рейтинг компаний](#)

[страховых](#)



[Реестр компаний](#)

[страховых](#)

Ознакомится со списком страховых компаний Вы можете на сайте ФОМС в разделе реестр страховых компаний.

Обязательно ознакомьтесь с рейтингом страховых компаний, чтобы сделать правильный выбор.

2 Подготовить документы

Для получения полиса обязательного медицинского страхования необходимы следующие документы:



Паспорт

гражданина РФ



СНИЛС

(при наличии)

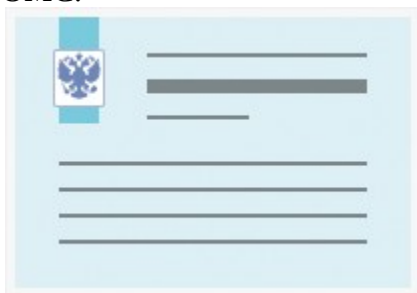
3 Написать заявление в офисе страховой компании

Бланк заявления Вам предоставит агент. Менеджер снимет копию с Вашего паспорта (основная страница и страница прописки) и СНИЛС, а так же заполнит анкету.



4 Выдача временного полиса

После заполнения анкеты и бланка заявления менеджер распечатает Вам временный полис ОМС. Временный полис ОМС имеет такую же силу, как и постоянный. На временном полисе ОМС будет обозначена дата, когда можно получить постоянный полис ОМС.



5 Получение постоянного полиса

Для этого придется приехать в офис компании повторно. Обычно полис готов в течении 1 месяца с момента написания заявления.

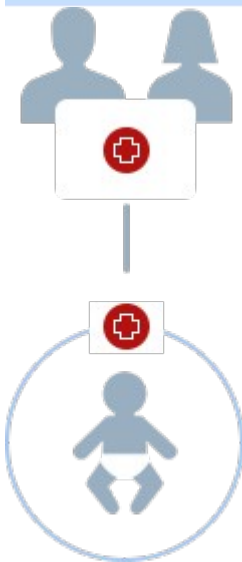


Какую высокотехнологичную помощь можно получить по ОМС?

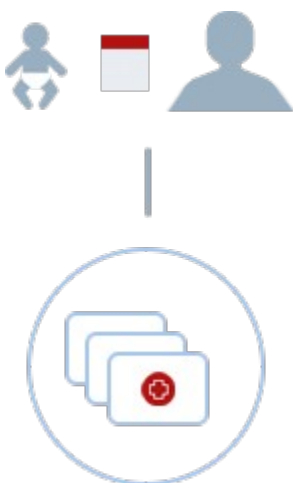
Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации.

В 2019 году застрахованные лица могут получить ВМП в рамках базовой программы ОМС при болезнях системы кровообращения, мочеполовой системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, эндокринной системы, органов дыхания и пищеварения, глаз и их придаточного аппарата, расстройствах питания и нарушения обмена веществ, новообразованиях, в том числе злокачественных, поражениях плода и новорожденного, обусловленных состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения, врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях, инфекциях кожи и подкожной клетчатки, травмах, захватывающих несколько областей тела, и других заболеваниях согласно Перечню, утверждённому постановлением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

Как получить полис для ребенка?



В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.



Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме - его родителями или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами.

На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю страховой медицинской организацией выдается полис обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.



Пункт 4

Согласно пункту 4 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н (далее - Правила), выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом обязательного медицинского страхования на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами.



Пункт 5

Согласно пункту 5 Правил определено, что обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем (далее - законные представители).



Пункт 9

Пунктом 9 Правил предусмотрено, что к заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

- для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:
 - свидетельство о рождении;

- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
- СНИЛС;
- для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:
 - документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);
 - СНИЛС;
- для законного представителя застрахованного лица: документ, удостоверяющий личность и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя:
 - законный представитель несовершеннолетнего ребенка может обратиться с заявлением в любую страховую медицинскую организацию, включенную в реестр страховых медицинских организаций, по месту как постоянного, так и фактического проживания.

Справочная информация перечня лиц, полномочия которых основаны на указании закона.

Законные представители физических лиц

Представляемый	Законный представитель	Основание возникновения представительства
Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет	Родители, усыновители, попечители	Статья 26 Гражданского кодекса РФ (часть первая), статья 64 Семейного кодекса РФ
Несовершеннолетние, не достигшие 14-ти лет (малолетние)	Родители, усыновители, опекуны	Статья 28 Гражданского кодекса РФ (часть первая), статья 64 Семейного кодекса РФ
Дети, оставшиеся без попечения родителей, до передачи в семью на воспитание (усыновление (удочерение), под опеку или попечительство, в приемную семью либо в случаях, предусмотренных законами субъектов Российской Федерации, в патронатную семью), а при отсутствии такой возможности в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	Органы опеки и попечительства	Статья 12 Семейного кодекса РФ, статьи 7 и 8

Все о родовом сертификате



Как расходуются медицинскими учреждениями денежные средства, полученные по оплате родовых сертификатов?

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2007г. №987 «О порядке финансового обеспечения в 2008 – 2010 годах расходов на оплату государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет» (в ред. Постановления Правительства РФ от 29.12.2009 N 1098) средства на оплату услуг, перечисленные региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, расходуются учреждениями здравоохранения, в которых:



оказана амбулаторно-поликлиническая помощь женщинам в период беременности - на оплату труда врачей-специалистов и среднего медицинского персонала (в размере 35 - 45 процентов указанных средств в зависимости от качества оказанной медицинской помощи в соответствии с критериями, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации), обеспечение медикаментами женщин в период беременности (в размере 20 - 33 процентов указанных средств) и оснащение медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения;



оказана стационарная помощь женщинам в период родов и в послеродовой период - на оплату труда врачей-специалистов, среднего и младшего медицинского персонала (в размере 40 - 55 процентов указанных средств в зависимости от качества оказанной медицинской помощи в соответствии с критериями, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации), оснащение медицинским оборудованием, инструментарием, изделиями медицинского назначения, мягким инвентарем, приобретение медикаментов и дополнительного питания для беременных и кормящих женщин;



~ 5.2 кг



осуществлялось диспансерное (профилактическое) наблюдение детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет, в первые 6 месяцев со дня постановки на учет, - на оплату труда врачей-специалистов и среднего медицинского персонала, участвовавших в диспансерном (профилактическом) наблюдении указанных детей;

осуществлялось диспансерное (профилактическое) наблюдение детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет, во вторые 6 месяцев со дня постановки на учет, - на оплату труда врачей-специалистов и среднего медицинского персонала, участвовавших в диспансерном (профилактическом) наблюдении указанных детей.



Как распределяются средства, полученные по родовым сертификатам, между медицинскими работниками?

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.02.2008г. №51н «О порядке расходования средств, связанных с оплатой услуг государственным и муниципальным учреждениям

здравоохранения, иным организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный или муниципальный заказ, по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет» (в ред. от 11.02.2010г. №79н), распределение средств, направляемых на оплату труда врачей-специалистов, среднего и младшего медицинского персонала, непосредственно оказывающего амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, осуществляется руководителем учреждения здравоохранения в зависимости от качества оказанной медицинской помощи.



Зависит ли дополнительная оплата труда медицинских работников, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, от качества их работы?

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.02.2008г. №51н (в ред. от 11.02.2010г. №79н) утверждены Критерии качества медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период. Согласно данному приказу, при наличии одного или более критериев на оплату труда врачей-специалистов и среднего медицинского персонала направляются средства:

в размере

от 35% до 44%

от суммы перечисленных средств за каждый конкретный случай при оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности;

в размере

от 40% до 54%

от суммы перечисленных средств за каждый конкретный случай при оказании стационарной помощи женщинам в период родов и послеродовой период.

Система ОМС в РФ

Система обязательного медицинского страхования создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации.

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование, является Федеральный Закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Закон).

Закон устанавливает правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации, определяет средства обязательного медицинского страхования в качестве одного из источников финансирования медицинских учреждений и закладывает основы системы страховой модели финансирования здравоохранения в стране.

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.

В качестве субъектов и участников обязательного медицинского страхования Законом определены: застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды, страховые медицинские организация, медицинские организации.

В настоящее время реализацию государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, кроме Федерального фонда ОМС, осуществляют 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В 2018 году в целом по Российской Федерации в систему ОМС поступило страховых взносов на одного застрахованного по ОМС 12 722,4 рубля, что на 1 081,4 рубля (9,3 %) больше, чем в 2017 году. При этом на 1 работающего, застрахованного по ОМС, поступило страховых взносов на ОМС 19 544,1 рубля, что на 1 802,5 рубля (10,2 %) больше, чем в 2017 году, на 1 неработающего - 7 789,1 рубля, что на 532,3 рубля (7,3 %) больше, чем в 2017 году.

Доходы бюджетов ТФОМС в 2018 году сформированы в объеме 2067,6 млрд. рублей, что на 340,8 млрд. рублей или 19,7 % больше, чем в 2017 году. Субвенции Федерального фонда ОМС, размер которых составил 1870,6 млрд. рублей (90,4%), являлись основным источником финансового обеспечения выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования. Кроме того, в бюджеты ТФОМС поступали межбюджетные трансферты из бюджетов субъектов Российской Федерации на

дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС в сумме 95,4 млрд. рублей (4,6%).

В 2018 году медицинскую помощь в сфере обязательного медицинского страхования оказывали 9303 медицинских организаций, 36 страховые медицинские организации (СМО) и их 205 филиалов в 85 субъектах Российской Федерации и в городе Байконур.

В структуре поступлений средств обязательного медицинского страхования в СМО основную долю составляют средства, перечисляемые территориальными фондами обязательного медицинского страхования для оплаты медицинской помощи в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС. На эти цели в 2018 году поступило 1 784,0 млрд. рублей (что на 19,4% больше, чем в 2017 году) или 95,4 % от общей суммы поступивших средств. На ведение дела СМО поступило 18,1 млрд. рублей (1,0 %).

В общей структуре расходования средств обязательного медицинского страхования СМО в 2018 году 98,5 % (1 834,4 млрд. рублей) составляют расходы на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с заключенными с медицинскими организациями договорами на оказание и оплату медицинской помощи. На формирование собственных средств СМО в сфере обязательного медицинского страхования было направлено 20,3 млрд. рублей, или (1,1%).

В 2018 году в медицинские организации поступило 1 933,1 млрд. рублей, что на 19,3% больше по сравнению с 2017 годом. Расходование средств ОМС медицинскими организациями в 2018 году составило 1 908,4 млрд. рублей, что на 18,4% больше, чем в 2017 году. В структуре расходов медицинских организаций доля расходов на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда составила – 70,7%, на приобретение медикаментов и перевязочных средств – 10,0%, продуктов питания – 1,1%, мягкого инвентаря - 0,1%, иные расходы 18,1%.

Численность лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, на 1 апреля 2017 года составила 146,4 млн. человек, в том числе 61,4 млн. работающих и 85,0 млн. неработающих граждан.

Защита прав граждан

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

- **Право застрахованного лица на обязательное медицинское страхование**

[ст. 10 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#)

- **Право застрахованного лица на бесплатное оказание ему медицинской помощи**

[ст. 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#)

- **Право застрахованного лица на выбор (замену) страховой медицинской организации**

[ст. 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#)

- **Право застрахованного лица на выбор врача и выбор медицинской организации**

[ст. 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#)

- **Право застрахованного лица на получение достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи**

[ст. 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#)

- **Право застрахованного лица на защиту персональных данных**

[ст. 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#)

[ст. 44 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#)

- **Право застрахованного лица на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи.**

[ст. 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#)

- **Право застрахованного лица на защиту своих прав и законных интересов**

[ст. 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»](#)