

Что такое ОМС (обязательное медицинское страхование)



Система ОМС в РФ

«Обязательное медицинское страхование» (ОМС) – это система, призванная обеспечить соблюдение конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи (статья 41 Конституции РФ).

ОМС является одним из видов государственного обязательного социального страхования граждан в Российской Федерации. Для реализации системы ОМС применяется комплекс правовых, экономических и организационных мер. Они направлены на обеспечение и гарантированное оказание застрахованному лицу бесплатной медицинской помощи (при наступлении страхового случая) в надлежащем объеме, качестве и в установленные сроки. Эта помощь будет оказана за счет средств ОМС на условиях, установленных территориальной или базовой программой обязательного медицинского страхования.

Наряду с Федеральным фондом ОМС, в каждом субъекте РФ открыты соответствующие Территориальные фонды. Эти организации реализуют государственную политику в сфере ОМС на региональном уровне и координируют работу всех медицинских и страховых организаций субъекта РФ, входящих в систему ОМС.

Термины:

- **Обязательное медицинское страхование** — один из видов обязательного социального страхования граждан. Представляет собой систему правовых, экономических и организационных мер, которые создаются государством для обеспечения гарантий получения застрахованным лицом бесплатной медицинской помощи (при наступлении страхового случая). Реализация осуществляется за счет средств ОМС в пределах условий, которые устанавливает территориальная и/или базовая программа обязательного медицинского страхования.
- **Объект обязательного медицинского страхования** — страховой риск, связанный с возникновением события, являющегося страховым случаем.
- **Страховой риск** — предполагаемое событие, наступление которого приводит к необходимости оплаты оказанной застрахованному лицу медицинской помощи.

- **Страховой случай** — свершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному гражданину предоставляется страховое обеспечение согласно территориальной программе ОМС. К страховым случаям относятся заболевания, травмы, иные состояния здоровья, требующие оказания медицинской помощи, а также профилактические мероприятия.
- **Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию** — исполнение обязательств по предоставлению (и оплате) медицинской помощи при наступлении страхового случая.
- **Страховые взносы на обязательное медицинское страхование** — платежи, которые в обязательном порядке вносят страхователи. Взносы имеют обезличенный характер, их целевое назначение – реализация права застрахованного лица на получение страхового обеспечения. Для неработающих граждан страхователями являются органы исполнительной власти субъектов РФ. Для работающих – работодатели (индивидуальные предприниматели; физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями), а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие.
- **Застрахованное лицо** — физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование согласно Федеральному закону № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (определяет права и обязанности застрахованного).
- **Базовая программа обязательного медицинского страхования** — часть программы государственных гарантий, призванных обеспечить оказание бесплатной помощи. Определяет права застрахованного, реализуемые за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации. Устанавливает единые требования к соответствующим территориальным программам.
- **Территориальная программа обязательного медицинского страхования** — часть территориальной программы государственных гарантий, призванная обеспечить оказание бесплатной помощи. Определяет права застрахованного, реализуемые за счет средств ОМС на территориях субъектов РФ, которые соответствуют единым требованиям базовой программы.

Принципы ОМС

- Обеспечение гарантий оказания бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС при наступлении страхового случая в рамках базовой и территориальных программ.
- Соблюдение устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования, основанное на эквивалентности страхового обеспечения и средств ОМС.
- Обязательность уплаты страховых взносов страхователями в установленных размерах.
- Государственная гарантия того, что права застрахованного, касающиеся исполнения в отношении него обязательств, будут соблюдены вне зависимости от финансового положения страховщика.
- Создание условий, позволяющих обеспечить доступность и качество оказываемой помощи.
- Паритетность представительства субъектов и участников ОМС в соответствующих органах управления.



В основе системы обязательного медицинского страхования лежит принцип «общественной солидарности»: когда богатый платит за бедного, здоровый — за больного. ОМС строится на стабильности источника финансирования

здравоохранения за счет целевого взноса. Медицинская помощь в рамках такой системы должна оплачиваться в зависимости от объема и качества выполненной работы. Одновременно с этим необходимо осуществлять контроль за целевым использованием средств. Такой подход позволит рационализировать инфраструктуру системы здравоохранения и повысить эффективность использования ресурсов.

Полис ОМС (обязательного медицинского страхования)



Полис обязательного медицинского страхования (ОМС) – это документ, удостоверяющий право застрахованного лица на получение бесплатной квалифицированной помощи. Полис действует на всей территории РФ. Объем оказываемой помощи предусмотрен базовой программой обязательного медицинского страхования.



Порядок выдачи временных свидетельств и полисов единого образца с 01.05.2011 года

Полисы, которые были выданы лицам, застрахованным по ОМС до дня вступления в силу Федерального закона «Об Обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», являются действующими до момента их замены на новые полисы ОМС единого образца (согласно ч. 2 ст. 51 Федерального закона № 326-ФЗ).

С 1 мая 2011 года на территории каждого субъекта Российской Федерации полис обязательного медицинского страхования выдается в следующем порядке:

1. Право выбора (замены) документа реализуется застрахованным лицом путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию (СМО). Для этого гражданину необходимо лично или через представителя обратиться в выбранную компанию.

Выбрать или заменить СМО может застрахованное лицо, достигшее совершеннолетия или приобретшее дееспособность в полной мере до достижения совершеннолетия. За детей выбор или замену СМО осуществляют родители либо другие законные представители.

2. В день, когда сотрудник СМО получает заявление, он проверяет в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц (ЕРЗ), имеется ли у гражданина действующий медицинский полис ОМС. Для этого используется удаленный доступ к Интегрированной базе данных.
3. Если сведения о действующем полисе единого образца или заявлении о выборе сторонней СМО отсутствуют, страховая организация выдает временное свидетельство. Оно подтверждает оформление полиса и удостоверяет право застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи при наступлении страхового случая.
4. Выданное временное свидетельство заверяется подписью уполномоченного представителя СМО и печатью организации. Такой документ содержит следующие данные:
 - наименование СМО, ее адрес и контактный телефон;
 - фамилию, имя, отчество застрахованного лица;
 - дату и место его рождения;
 - пол застрахованного лица;
 - сведения о документе, удостоверяющем личность застрахованного лица, с указанием вида, серии, номера, а также кем и когда он был выдан;
 - номер и дату выдачи временного свидетельства;
 - срок действия временного свидетельства;
 - подпись застрахованного лица;
 - фамилию, имя, отчество уполномоченного представителя СМО, выдавшего временное свидетельство, его подпись, печать страховой организации.
5. Временные свидетельства, а в последующем – полисы единого образца выдаются (переоформляются) следующим категориям граждан:
 - незастрахованным (то есть не имеющим полиса), в том числе новорожденным;
 - застрахованным ранее, но сменивших фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения;
 - застрахованным ранее, но сменившим адрес (в случае переезда из одного муниципального образования в другое);
 - застрахованным ранее, если было обнаружено, что содержащиеся в полисе сведения неточны или ошибочны;
 - гражданам, прибывшим с других территорий;
 - тем, кто впервые осуществляет свой выбор в пользу новой СМО (переоформление полиса в другой СМО);
 - иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно проживающим на территории Российской Федерации (в связи с окончанием срока действия текущего полиса).
6. Временное свидетельство действительно до момента выдачи полиса, но не более 30 рабочих дней. При получении документа застрахованное лицо ставит свою подпись в Журнале выдачи временных свидетельств.
7. Не позднее 1 рабочего дня, следующего за датой подачи застрахованным заявления о выборе (замене) СМО, страховая организация передает сведения о гражданине, обратившемся в компанию, в территориальный фонд. В течение 2 рабочих дней проверяется, есть ли у застрахованного действующий полис ОМС (в региональном сегменте ЕРЗ).
8. В течение 3 рабочих дней территориальный фонд проверяет сведения в центральном сегменте ЕРЗ. Результаты проверки направляются в СМО в течение 1 рабочего дня с момента получения соответствующих данных.
9. Если выясняется, что в ЕРЗ уже имеется действующий новый полис обязательного медицинского страхования единого образца, оформленный на застрахованное лицо, подавшее заявление, представитель СМО уведомляет его об отказе в выдаче нового полиса ОМС (с указанием причины отказа).

10. Если действующий полис обязательного медицинского страхования отсутствует в ЕРЗ, территориальный фонд включает сведения о застрахованном лице в заявку на изготовление документа (дубликата).
11. Оформленный документ выдается в срок, не превышающий периода действия временного свидетельства. Застрахованный ставит личную подпись в Журнале учета выдачи полисов ОМС.
12. Если необходимо переоформить страховой полис обязательного медицинского страхования, гражданин должен предоставить заявление о выдаче дубликата, а также предъявить документы, подтверждающие изменения.
13. Дубликат временного свидетельства не выдается.
14. Ни на полисе единого образца, ни на временном свидетельстве не делаются никакие отметки и не ставятся штампы о прикреплении застрахованного лица к ЛПУ (лечебно-профилактическому учреждению).

Полис ОМС, а также документы, удостоверяющие личность, в обязательном порядке должны предъявляться при обращении застрахованного за медицинской помощью. Если при этом по какой-то причине полис не может быть предоставлен, необходимо указать застраховавшую гражданина организацию. Данная компания обязана подтвердить сам факт страхования больного и обеспечить его новым ОМС для прохождения лечения в медучреждении.

Нормативная база

Конституция Российской Федерации

№ 326-ФЗ «Об Обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

№ 323-ФЗ «Об Основах Охраны Здоровья Граждан В Российской Федерации»

Приказ от 28 Февраля 2011 г. № 158н «Об Утверждении правил обязательного медицинского страхования»

№ 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»

Приказ от 1 декабря 2010 Г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»

Приказ от 26 апреля 2012 Г. № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

Приказ от 21 декабря 2012 г. № 1342н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи»

Приказ от 26 апреля 2012 г. № 407н «Об утверждении порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача»

Полис ОМС для вашего малыша



В первый год жизни вашему малышу нужны забота и постоянное медицинское наблюдение. Для посещения детской поликлиники и оказания качественной медицинской помощи ребенку необходим полис обязательного медицинского страхования.

Для оформления полиса для новорожденного (гражданина РФ) необходимо:

- Свидетельство о рождении
- Документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка
- СНИЛС (при наличии)
- Если полис оформляет бабушка, дедушка или иное третье лицо, то необходимо дополнительно предъявить доверенность, подтверждающую полномочия законного представителя (достаточно рукописной доверенности, составленной от лица одного из родителей в свободной форме), а также документ подтверждающий личность представителя.

Оформление полиса бесплатно!

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПЕРЕЧНЕ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ИХ СТОИМОСТИ

В соответствии с п.210 Раздела XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 г. № 158н (в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2015 № 536н), застрахованные лица имеют право на получение информации о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости.

Справка содержит следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество застрахованного лица;
- сведения о медицинской организации, оказавшей медицинские услуги застрахованному лицу;
- информация о периоде и датах оказания медицинских услуг;
- информация об условиях оказания медицинских услуг;
- наименование медицинской услуги;
- общая стоимость за медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу в медицинской организации за период лечения.

Обращаем Ваше внимание, что настоящая справка носит уведомительный характер, не является документом, подтверждающим прием денежных средств, и не является основанием для определения размера ущерба при обращении в судебные органы!

Указанная стоимость оплате за счет личных средств застрахованного лица не подлежит!