ПАМЯТКА
ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В СИСТЕМЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с Конституцией Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждения здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховы взносов, других поступлений.

Обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющи собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленны на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лиц медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах Территориально программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом от 29 ноябр 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" случаях пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица должны иметь полис обязательного медицинского страхования. Поли обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованног лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме предусмотренном программой обязательного медицинского страхования.

В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 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 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 обязаны:

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, ме

жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течени одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, которой ранее был застрахован.

В медицинской организации в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-Ф "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент имеет право на:

1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с законодательством Российско Федерации;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступным методами и лекарственными препаратами;

5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии здоровья, выбор лиц, которым интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарны условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

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.

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи включает в себя:

перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, а также перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых для оказания скорой, специализированной скорой медицинской помощи и неотложной медицинской помощи;

перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой;

перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

объем медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

В рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, специализированная ме

исключением высокотехнологичной) медицинская помощь. В Территориальную программу обязательного медицинского страхования могут быть включены виды медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

Ознакомиться с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи застрахованные лица имеют право в медицинской организации, страховой медицинской организации, в которой они застрахованы, в средствах массовой информации, на официальном сайте государственного учреждения "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области" в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", на официальном сайте министерства здравоохранения Иркутской области в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", в информационных системах Консультант и Гарант.

В соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных, и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи. Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством Российской Федерации.

В рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи не допускается и является нарушением прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи:

отказ в оказании медицинской помощи;

незаконное взимание денежных средств за оказание медицинской помощи в кассу медицинской организации или медицинскими работниками медицинской организации, участвующей в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

незаконное взимание денежных средств за выдачу направлений на лечение, диагностическое обследование, рецептов на отпуск лекарственных препаратов;

приобретение за счет средств граждан лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах все типов;

несоблюдение порядка и условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.

Защиту прав застрахованного лица при обращении за медицинской помощью осуществляет страховая медицинская организация, выдавшая страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация обязана:

1) оформить, переоформить, выдать полис обязательного медицинского страхования в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования;

2) вести учет застрахованных лиц, выданных полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечить учет и сохранность сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3) информировать застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, о праве застрахованных лиц на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц;

4) оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в медицинских организациях в соответствии с Программой обязательного медицинского страхования;

5) осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в

медицинских организациях;

6) осуществлять рассмотрение обращений и жалоб граждан, осуществлять деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Если Ваши права в сфере обязательного медицинского страхования нарушены, незамедлительно обращайтесь в страховую медицинскую организацию, в которой вам выдан полис обязательного медицинского страхования.

Название и телефон страховой медицинской организации указаны на оборотной стороне Вашего полиса обязательного медицинского страхования. Дополнительные сведения о страховой медицинской организации Вы можете узнать на официальных сайтах страховой медицинской организации и территориального фонда обязательного медицинского страхования в информационно-телекоммуникационной системе сети «Интернет».

По вопросам защиты прав застрахованных в системе ОМС

Куда обращаться:

- если возникли вопросы, связанные с получением бесплатной медицинской помощи,
- если считаете, что Ваши права на медицинскую помощь по полису ОМС нарушены,
- по вопросам качества, доступности медицинской помощи и защиты своих прав, в том числе необоснованного взимания платы за медицинские услуги, входящие в Территориальную программу ОМС,

застрахованный гражданин может обратиться в свою страховую медицинскую организацию, лично или по телефону, который указан на полисе обязательного медицинского страхования, а также направить свое обращение по электронной почте:

№	Страховая медицинская организация	Телефон	Электронная почта
1	Филиал АО ВТБ Медицинское страхование в Иркутской области	8(3952)24-38-22 8-914-909-68-92	vsmjaso@irkoms.ru
2	Филиал ООО "СК "Ингосстрах-М" в г.Иркутске	8(3952)534-943 8(3952)966-215	igs-m@irkoms.ru
3	Иркутский филиал АО "Страховая компания "СОГАЗ-Мед"	8(3952)288-043 8(3952)952-575 8-800-100-07-02	irkutsk@sogaz-med.ru
4	ОАО "МАСКИ"	8(3952)48-53-74 8-904-144-45-07, 8-904-144-45-03	maski@irkoms.ru
5	Иркутский филиал ОАО СК "РОСНО-МС"	8(3952)611-607 8(3952)70-56-78	rosnomed@irkoms.ru

В страховых медицинских организациях работают отделы по защите прав застрахованных и круглосуточные консультационные телефонные службы.

На Ваши вопросы ответят врачи-эксперты отделов защиты прав застрахованных, специалисты страховых отделов