

Основы законодательства об охране здоровья граждан.

В целях обеспечения конституционных прав граждан РФ на бесплатное оказание медицинской помощи Правительство РФ Постановлением от 10.12.2018 N 1506 утвердило Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (далее - Программа).

Программа устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

В рамках Программы, в частности, бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной формах. **Первичная доврачебная медико-санитарная помощь** оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием. **Первичная врачебная медико-санитарная помощь** оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами). **Первичная специализированная медико-санитарная помощь** оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в

стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения бесплатно. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Медицинская помощь оказывается в трех формах:

1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая - медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на

определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Базовая программа ОМС является составной частью Программы.

В рамках базовой программы ОМС застрахованным гражданам оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС, при некоторых заболеваниях и состояниях.

Кроме этого, в рамках этой программы осуществляются мероприятия по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях, аудиологическому скринингу (обследование слуха у детей), а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством РФ.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии с Законом об ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются тарифным соглашением между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ, ТФОМС, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, профессиональными союзами медицинских работников или их объединений (ассоциаций), представители которых включаются в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, создаваемой в субъекте РФ в установленном порядке.

В субъекте РФ тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера.

Базовая программа ОМС включает нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи) и нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, требования к территориальным программам и условиям оказания медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи.

В территориальной программе обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ нормативы объема предоставления

медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС.

При установлении территориальной программой ОМС перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по ОМС застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

Территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

- условия реализации установленного законодательством РФ права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача);

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

- 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 препараты отпускаются по рецептам врачей с 50%-ной скидкой;

- порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, а также медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по назначению врача, а также донорской кровью и ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи, за исключением лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по желанию пациента;

- перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы;

- перечень медицинских организаций, участвующих в реализации

территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС;

- условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

- условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Минздравом России;

- условия предоставления детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний медицинской помощи всех видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

- порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

- условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения;

- целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы;

- порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации территориальной программы;

- сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов.

Программа устанавливает следующие сроки ожидания оказываемой медицинской помощи.

Сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать двух часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию.

Сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую

организацию.

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию.

Сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения.

Сроки проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня назначения.

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова. В территориальных программах время доезда бригад скорой медицинской помощи может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием Интернета, о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства РФ в области персональных данных.

При формировании территориальной программы учитываются уровень и структура заболеваемости населения субъекта РФ, основанные на данных медицинской статистики, климатические, географические особенности региона, транспортная доступность медицинских организаций и т.д.

§ 2. Права и обязанности застрахованных лиц

Застрахованное лицо - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Законом об ОМС.

В частности, застрахованными лицами являются граждане РФ, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Законом о беженцах:

- работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства,

издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

- самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие);

- являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

- являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;

- неработающие граждане:

дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;

безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;

трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;

иные граждане, не работающие по трудовому договору, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Застрахованные лица имеют **право**:

- на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

на территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

- выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

- 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 в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

- выбор медицинской организации из медицинских организаций,

участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

- выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

- получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

- защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере ОМС;

- возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ;

- возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ;

- защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

На застрахованных лиц возложены следующие **обязанности**.

Во-первых, предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Во-вторых, подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации.

В-третьих, уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли (в случаях изменения фамилии, имени, отчества осуществляется переоформление полиса).

В-четвертых, осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Следует иметь в виду, что 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 Интернете и может

дополнительно опубликовываться иными способами.

Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю выдается полис ОМС. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее.

Согласно п. 1 ч. 2 ст. 16 Закона об ОМС застрахованный обязан предъявлять полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Таким образом, полис ОМС - это ваш личный гарант на оказание медицинской помощи, который вы должны всегда иметь при себе.

Согласно ст. 45 Закона об ОМС **полис ОМС** является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.

В настоящее время на территории Российской Федерации действуют полисы единого образца.

Вместе с тем полисы, выданные лицам, застрахованным по ОМС до 1 января 2011 г. (вступление в силу Закона об ОМС), являются действующими до замены их на полисы ОМС единого образца в соответствии с Законом об ОМС.

Таким образом, наличие у застрахованного лица полиса ОМС, срок окончания действия которого указан как 31 декабря 2010 г., подтверждает право этого лица на получение бесплатной медицинской помощи по ОМС, а также иные права, предусмотренные Законом об ОМС.

Государство гарантирует обладателю полиса ОМС своевременную, качественную и бесплатную медицинскую помощь и сопутствующие медицинские услуги в государственных и даже некоторых частных учреждениях. Поэтому на каждого члена семьи (включая новорожденных) следует оформить полис ОМС.

Каков срок действия полиса ОМС?

Гражданам РФ полис выдается без ограничения срока действия.

Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

Беженцам и временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания или действия разрешения на временное проживание.

Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся

государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.

Где получить полис ОМС?

Чтобы получить полис ОМС, граждане обращаются к представителям любой страховой медицинской организации, входящей в систему ОМС.

На сегодня таких страховщиков по всей России около 60, а их отделения разбросаны по всем без исключения регионам. Виды услуг и качество медицинских услуг не зависят от конкретной страховой компании.

Еще раз напомним, что выбор страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями).

Где найти информацию о страховых медицинских организациях и медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС?

ФФОМС размещает на своем официальном сайте в Интернете (www.ffoms.ru) единый реестр страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Российской Федерации.

Реестр медицинских организаций и страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ, размещается на официальном сайте ТФОМС в Интернете и может дополнительно публиковаться иными способами.

Реестр медицинских организаций содержит наименования, адреса медицинских организаций и перечень услуг, оказываемых данными медицинскими организациями в рамках территориальной программы ОМС.

Реестр страховых медицинских организаций содержит реестровый номер, наименование, адрес страховой медицинской организации и сведения о лицензии.

Страховые медицинские организации размещают на собственных официальных сайтах в Интернете, опубликовывают в СМИ или доводят до сведения застрахованных лиц иными способами информацию:

- о своей деятельности;
- количестве застрахованных лиц;
- медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ;
- видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;
- нарушениях, выявленных при предоставлении медицинской помощи;
- правах и обязанностях застрахованных лиц в сфере ОМС.

Медицинские организации обязаны размещать на своем официальном сайте в Интернете информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи.

Чтобы сделать правильный выбор, необходимо ознакомиться также с рейтингом страховых медицинских организаций.

Как получить полис ОМС?

Для получения полиса ОМС достаточно заполнить и подать заявление о выборе страховой медицинской организации или иной организации, уполномоченной субъектом РФ, и приложить к заявлению необходимые документы или их заверенные копии.

Заявление о выборе страховой организации для получения полиса ОМС можно подать лично или через своего представителя.

Обратите внимание: при заполнении заявления о выборе страховой организации можно выбрать вид полиса (бумажный, электронный) либо отказаться от получения полиса.

В день подачи заявления о выборе страховая организация выдает застрахованному лицу полис либо временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая. Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более 30 рабочих дней с даты его выдачи.

При обращении заявителя в иные организации, уполномоченные субъектом РФ (в случае выбора страховой организации, в которой он был застрахован ранее), следует иметь в виду, что временное свидетельство не выдается.

В соответствии с п. 64 Правил ОМС застрахованные лица, представившие в пункт выдачи полисов необходимые документы, информируются о сроках оформления и выдачи полисов лично или по указанному в документах телефону и (или) электронной почте. То есть, как только полис ОМС будет готов, страховая организация должна уведомить об этом застрахованного.

Готовый полис ОМС единого образца можно получить в выбранной страховой организации в срок, не превышающий периода действия временного свидетельства.

Какие документы понадобятся для оформления полиса ОМС?

К заявлению о выборе страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

- для граждан РФ в возрасте 14 лет и старше:

документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта);

свидетельство обязательного пенсионного страхования;

- для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с **Законом о беженцах**, - удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;

- для **иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:**

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

вид на жительство;

свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

- для **лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:**

документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

вид на жительство;

свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

- для **иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:**

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

- для **лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:**

документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

- для **представителя застрахованного лица:**

документ, удостоверяющий личность;

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации;

- для **законного представителя застрахованного лица** - документ, удостоверяющий личность, и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя;

- для **лиц, не идентифицированных в период лечения**, медицинской

организацией представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица.

Как получить полис ОМС для новорожденного?

Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения 30 дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении 30 дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме ОМС осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Обратите внимание: законными представителями детей, не достигших 14-летнего возраста, являются их родители, усыновители или опекуны.

После получения свидетельства о рождении ребенка родителям (усыновителям, опекунам) необходимо осуществить выбор страховой организации и обратиться в представительство данной организации с заявлением и со следующими документами или заверенными копиями документов:

- свидетельством о рождении ребенка;
- свидетельством обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- документом, удостоверяющим личность законного представителя ребенка.

Если полис ОМС для ребенка оформляет бабушка, дедушка или другие лица, необходимо также предъявить доверенность от законного представителя.

Какие услуги и в каком объеме гарантирует наличие полиса?

Это следующие услуги:

- бесплатная медицинская помощь гарантированного объема и качества при наступлении страхового случая;
- возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи;
- защита прав и законных интересов;
- выбор страховой медицинской организации;
- выбор медицинской организации;
- выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача);
- внеочередное оказание медицинской помощи отдельным категориям граждан;
- получение информации о видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи.

Гражданин имеет право на бесплатное получение медицинской помощи при следующих заболеваниях и состояниях:

- инфекционные и паразитарные болезни;

- 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, в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);
- 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;
- беременность, роды, послеродовой период и аборты;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

В соответствии с законодательством РФ отдельные категории граждан имеют право:

- на обеспечение лекарственными препаратами;
- профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию - определенные группы взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающие и неработающие граждане, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме;
- медицинские осмотры, в том числе профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом - несовершеннолетние;
- диспансеризацию - пребывающие в стационарных учреждениях дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, а также дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью;
- пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка - беременные женщины;
- неонатальный скрининг на пять наследственных и врожденных заболеваний - новорожденные дети;
- аудиологический скрининг - новорожденные дети и дети первого года жизни.

§ 1. Платные медицинские услуги

Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (например, бытовых, сервисных, транспортных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров ДМС.

Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

- при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ;

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по ОМС, и гражданам РФ, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по ОМС, если иное не предусмотрено международными договорами РФ;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением ряда законодательно установленных случаев (например, случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме).

Обратите внимание: ваш отказ от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых вам без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг установлены Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006.

