

**Как лечиться бесплатно?**

**Полис ОМС и что входит в обязательное медицинское страхование**

В нашей стране впервые бесплатная медицинская помощь стала конституционным правом всех граждан. Случилось это больше ста лет назад. В 90-е годы появилась платная медицина, и жители постсоветской России смогли выбирать, где лечиться. При этом всеобщая бесплатная медицина никуда не делась, она просто сменила название на известное сегодня, наверное, каждому жителю страны — Обязательное медицинское страхование. Мы изучили, как оно работает и на что можно рассчитывать пациенту, обратившемуся за бесплатной помощью в поликлинику или больницу.

**Что такое ОМС?**

Обязательное медицинское страхование (ОМС) — система предоставления бесплатной медицинской помощи. Взносы в эту систему за тех, кто работает, платит работодатель, за всех остальных — региональный бюджет. Управляет реализацией базовой программы медицинской помощи специально созданная некоммерческая организация Федеральный фонд ОМС (ФФОМС).

В регионах действуют территориальные фонды (ТФОМС). Территориальная программа может отличаться от базовой. Поэтому программа медицинского страхования в каждом регионе включает в себя две составляющие — базовую (общую для всей страны) и территориальную (только для определённого региона). По базовой программе любой человек с полисом ОМС на руках может получить помощь в любом регионе. Рассчитывать же на условия территориальной

программы он может только в своём регионе. Перевести полис из одного региона в другой можно — для этого нужно подать заявление в офисе страховой компании, выдавшей вам полис ОМС.

Казалось бы, зачем всё это знать? Обычно мы просто идём в поликлинику, вызываем скорую или врача на дом — и даже не задумываемся, какие механизмы приводим в движение этими действиями. Но иногда самых простых и очевидных шагов оказывается недостаточно, из-за чего медицинская помощь может быть оказана не в полном объёме. Чтобы этого не произошло, имеет смысл заранее разобраться, что к чему.

**Зачем нужен полис ОМС**

Даже без полиса ОМС на территории России можно получить помощь, правда, только экстренную — и неважно, застрахован человек или нет. Если же потребуется дальнейшее лечение, то без действующего полиса не обойтись. Например, помощь при родах — это экстренный случай, при котором все медицинские мероприятия будут проведены без предъявления полиса. Но для дальнейшего наблюдения за здоровьем ребёнка и его мамы потребуется полис ОМС.

Застрахованы по программе ОМС должны быть граждане России, а также постоянно живущие здесь иностранцы, те, кто не имеет гражданства РФ и беженцы. Военнослужащие и некоторые другие группы людей, работающие в силовых структурах, полис ОМС не получают и освобождаются от уплаты страховых взносов — медицинская помощь, оказанная им, оплачивается из средств федерального бюджета.

Страхование детей в течение месяца с момента регистрации рождения осуществляет компания, которая обслуживает мать ребёнка. Затем родители могут выбрать для ребёнка другую организацию.

Чтобы получить полис ОМС, нужно прийти в офис страховой медицинской компании (посмотреть список таких компаний для каждого региона можно на сайте ФФОМС). Москвичи также могут обратиться в центры госуслуг «Мои документы». Вам потребуются

паспорт и СНИЛС. В офисе страховой медицинской компании надо будет заполнить анкету и бланк заявления. В тот же день вы получите временный полис ОМС, действующий как обычный. На постоянный — пластиковую карту — его заменят в течение 30-45 дней. Эту карту надо будет самостоятельно забрать в офисе страховой компании.

В какое медучреждение можно обратиться за помощью по ОМС

Имея на руках полис ОМС, вы можете обратиться в ту поликлинику (или женскую консультацию, или стоматологическую клинику), где планируете лечиться. Выбрать учреждение можно на сайте ФФОМС или ТФОМС.

Для прикрепления к достаточно написать заявление на имя главного врача. Москвичи также могут подать заявление онлайн.

Обратите внимание, что в систему оказания медицинской помощи по ОМС могут входить и частные клиники — те, которые многие привыкли называть платными или коммерческими. Только платить за оказанные услуги им будут из тех самых взносов, что уже собраны — то есть платить будете не вы.

Наличие полиса ОМС позволяет получить терапевтическую и хирургическую помощь, воспользоваться услугами лечения злокачественных новообразований, аутоиммунных, инфекционных заболеваний и прочего. Полный список медицинских услуг представлен в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (гл. 7, ст. 35, п. 6).

В помощь пациенту: страховые компании и фонды

Если у вас возникает вопрос, на который не смогли ответить в клинике (например, где получить нужное лечение, как найти узкого специалиста), или в медицинском учреждении у вас образовалась спорная ситуация, то за помощью всегда можно обратиться в страховую компанию, оформившую вам полис ОМС.

На сайте ФФОМС есть раздел «Территориальные фонды» (вход через вкладку «Система ОМС» на главной странице, раздел появится в меню справа).

Чтобы попасть на страницу фонда своего региона, нужно кликнуть на него на карте. Второй вариант — кликнуть на ваш федеральный округ (список размещён под картой), в открывшемся меню выбрать регион. Загрузится страница со сведениями о дате регистрации и руководстве ТФОМС, числе застрахованных людей в регионе. Там же вы найдёте контакты: почтовый и электронный адреса, телефон, факс, адрес сайта.

Также на сайте можно найти территориальную программу оказания услуг медицинской помощи. Обычно её вывешивают в разделе нормативно-правовых документов или в разделе «ОМС в регионе». Чтобы разобраться в ней, придётся проявить усидчивость и настойчивость, поскольку закон о Территориальной программе — объёмный официальный документ, написанный юридическим языком.

Но на это стоит потратить своё время. В первую очередь изучите разделы, в которых перечислены медучреждения, оказывающие помощь по ОМС, заболевания, которые можно лечить по ОМС, и лекарства, которые вы можете получить.

У каждой ТФОМС есть телефон круглосуточного контакт-центра (звонок бесплатный), по которому можно обратиться за консультацией.

**Не лишнее звено**

Страховые компании — посредники между потенциальными пациентами и медицинскими учреждениями. И это совсем не лишнее звено. Страховые компании берут на себя обязанность обеспечить полисом каждого, кто имеет право на его получение, а также следят за тем, чтобы больницы и поликлиники качественно оказывали помощь в объёме тех средств, которые им направляются.

Каждый человек может выбрать себе страховую организацию. Все они получают лицензию на деятельность, и реестр таких организаций доступен на сайте ФФОМС.

То, что услуга оказывается вам бесплатно, не означает, что вы не можете пожаловаться на её качество. Страховые компании зарабатывают на ОМС так же, как и на других услугах, и несут ответственность за качество услуг. Поэтому в любой спорной ситуации с врачом обязательно звоните в свою страховую.

Информация о страховой компании обычно есть на пластиковой карте полиса ОМС. Если же такие данные не указаны, можно обратиться в региональный фонд обязательного медицинского страхования — обязательно именно того субъекта, где был получен полис. Достаточно ввести данные полиса на сайте или сообщить их по телефону горячей линии, и вам скажут название страховой компании.

 Лечитесь грамотно и будьте здоровы!

 Юлианна Ульянова