

ИНФОРМАЦИЯ

О праве застрахованных лиц в сфере ОМС на выбор или смену поликлиники

Каждый гражданин РФ, застрахованный по ОМС, имеет право один раз в год поменять медицинскую организацию, в которой ему амбулаторно предоставляется медицинская помощь - поликлинику, в том числе стоматологическую поликлинику, а также женскую консультацию.

При этом гражданин может выбрать любую медицинскую организацию из числа включенных в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Принцип прикрепления к поликлинике по месту регистрации отменен. Никаких объяснений по поводу смены поликлиники не требуется.

Для получения медицинской помощи амбулаторно в рамках программы ОМС пациент имеет право не чаще, чем 1 раз в год осуществлять выбор медицинской организации из числа включенных в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы.

(в соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Реестры размещаются на сайтах страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС. В случае изменения места жительства или места пребывания гражданина, он может прикрепляться к новой поликлинике чаще, чем 1 раз в год.

Поликлиника по заявлению гражданина обязана его прикрепить, и не имеет права отказать или требовать прикрепиться по месту жительства без объективных причин. Прикрепление к медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы, производится бесплатно.

Обращаем внимание, что в случае изменения места жительства, застрахованный гражданин обязан осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца, если в новом регионе проживания отсутствует страховая медицинская организация, в которой ранее был застрахован гражданин.

Для прикрепления необходимо обратиться в выбранную медицинскую организацию, предоставляющую медицинскую помощь амбулаторно, и иметь при себе следующие документы:

- Полис ОМС или временный полис ОМС;
- Паспорт, временное удостоверение личности или свидетельство о рождении (для детей до 14 лет);
- Документ, удостоверяющий личность законного представителя несовершеннолетнего, в случае, если прикрепить необходимо ребенка;
- СНИЛС (при наличии);
- Документ, подтверждающий смену места жительства, в случае смены поликлиники чаще, чем 1 раз в год по причине изменения места жительства.

Медицинской организации отводится четыре рабочих дня на проверку указанных гражданином сведений и прикрепление. Открепление от прежней поликлиники происходит автоматически.

Если в структуре городской поликлиники, к которой гражданин планирует прикрепиться, нет отделения стоматологии и женской консультации (касается женского пола), необходимо отдельно прикрепиться к стоматологической поликлинике и женской консультации.

При кратковременном пребывании в другом субъекте РФ

Жители России имеют право на получение медицинской помощи по базовой программе ОМС на всей территории Российской Федерации. Наличие полиса ОМС подтверждает эти права.

Для получения экстренной и неотложной медицинской помощи иногороднему гражданину необходимо обратиться в медицинскую организацию, предоставляющую медицинскую помощь амбулаторно, по месту временного пребывания с полисом ОМС и документом, удостоверяющим личность. Отказ в оказании медицинской помощи иногородним жителям при наличии этих документов является неправомерным.

При длительном пребывании в другом субъекте РФ

Если гражданин работает или длительное время проживает не по месту постоянной регистрации, он имеет право прикрепиться к поликлинике по месту временного пребывания.

Отказ в прикреплении из-за отсутствия регистрации по месту временного пребывания при наличии необходимых документов является неправомерным.

При получении специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

Выбор медицинской организации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в плановой форме осуществляется пациентом, в том числе, в соответствии с предоставленной врачом информацией о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых предоставляется необходимая пациенту медицинская помощь.

Врач выдает направление, в котором указывается наименование медицинской организации, а также срок, в течение которого в медицинскую организацию необходимо обратиться.

Врач обязан предупредить пациента о возможных сроках ожидания медицинской помощи в выбранной медицинской организации.

Если гражданин самостоятельно выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания превышает установленный территориальной программой, то лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации пациента. (Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.05.2012 N 24278).)

В случае затруднения с предоставлением медицинской помощи, в том числе консультации врача-специалиста, необходимо обратиться к руководителю медицинской организации или в страховую медицинскую организацию, выдавшую пациенту полис ОМС.

В случае, если у Вас возникли затруднения при прикреплении к выбранной поликлинике, направлении в медицинскую организацию, предоставляющую специализированную медицинскую помощь, а также при наличии любых вопросов, связанных с получением услуг в сфере ОМС, Вы вправе обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую Вам полис ОМС.

Номер круглосуточной "горячей линии" указан на Вашем полисе ОМС, а также на сайте Вашей страховой медицинской организации.

**Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования
от 2 апреля 2019 года**