

О возможности получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – является составной частью государственного социального страхования и призвано обеспечить всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС.

Задача системы ОМС - обеспечение прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи за счет гарантированного и целевого источника финансирования, каким являются средства обязательного медицинского страхования.

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации (за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц), постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением неработающих членов семей высококвалифицированных специалистов, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах». Застрахованными лицами также являются временно пребывающие и осуществляющие трудовую деятельность на территории Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»).

Выбор страховой медицинской организации

Каждый застрахованный гражданин имеет право на выбор (замену) страховой медицинской организации (далее - СМО), а также на включение в единый регистр застрахованных лиц.

Выбор (замена) СМО осуществляется застрахованным лицом путем подачи заявления в СМО из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций на территории субъекта РФ. На территории Астраханской области в настоящее время осуществляет свою деятельность одна СМО:

Астраханский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», 414000, г. Астрахань, ул. Красного Знамени, дом 16 А, тел.: (8512) 44-18-12, 44-18-14, 44-18-16, www.sogaz-med.ru.

Полис обязательного медицинского страхования (полис ОМС) – является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

С 01.01.2023 года начали действовать поправки в основополагающий закон в сфере обязательного медицинского страхования - Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - ФЗ-326 от 29.11.2010):

- сменились алгоритмы учёта застрахованных и оказанной им медицинской помощи,

- к получателям услуг по ОМС добавили несколько категорий иностранных граждан,

- а также начался переходный период к отказу от бумажных полисов ОМС.

Страховые медицинские организации перестали выдавать гражданам бумажные или пластиковые полисы, вместо них теперь формируются уникальные номера-записи в государственной информационной системе ГИС ОМС. Формируется единый Федеральный регистр застрахованных лиц, тогда как ранее информация дублировалась как в федеральных, так и региональных реестрах.

Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц теперь можно подать в следующих формах:

- 1) на бумажном носителе, путем обращения в страховую медицинскую организацию лично или посредством почтовой связи;

- 2) в виде электронного документа, направляемого через Единый портал государственных и муниципальных услуг.

На основании заявления СМО обеспечивает внесение сведений, указанных в заявлении, в единый регистр застрахованных лиц и предоставляет застрахованному лицу (по его запросу) выписку из единого регистра застрахованных лиц, содержащую сведения о полисе. Полис представляет собой уникальную последовательность символов в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном лице в едином регистре застрахованных лиц при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах.

В составе штрихового кода содержатся следующие сведения о застрахованном лице из единого регистра застрахованных лиц: номер полиса; фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; срок действия полиса (при наличии); тип штрихового кода; электронная подпись организации, сформировавшей штриховой код.

Для того, чтобы проверить, отображается ли на госуслугах номер полиса, необходимо зайти в «Личный кабинет». Если он есть, то электронный штрих-код загрузится автоматически, его можно сохранить на смартфон.

Если номер полиса отсутствует в «Личном кабинете», следует получить сведения о своём полисе ОМС через кнопку «Запросить». После того, как номер полиса появится в «Личном кабинете», электронный штрих-код загрузится автоматически.

Наличие цифрового полиса позволит впоследствии пользоваться такими функциями, как получение сведений о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости, о прикреплении к медицинской организации, а также осуществить смену СМО (например, при переезде) и т.д.

В соответствии со ст.16 ФЗ-326 от 29.11.2010 застрахованные лица обязаны «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 случае, если застрахованное лицо не информировало страховую медицинскую организацию об изменении паспортных данных либо адреса, информация, отображаемая в едином регистре застрахованных лиц на Едином портале государственных и муниципальных услуг, будет некорректной

Граждане при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения медицинской помощи в экстренной форме предъявляют:

- в течение переходного периода (до 31.12.2025) - полис на бланке либо выписку о полисе, а при наличии технической возможности идентификации застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц, идентификация может осуществляться при предъявлении застрахованным лицом документа, удостоверяющего личность;

- по истечению переходного периода по своему выбору - полис на бланке, выписку о полисе, либо документ, удостоверяющий личность.

Полисы ОМС единого образца в форме бумажного бланка или в виде пластиковой карты с электронным носителем информации являются действующими в течение всего периода действия и замены не требуют.

Застрахованное лицо имеет право осуществить замену СМО один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще, в случае изменения места жительства (за исключением случаев переезда на новое место жительства в пределах одного субъекта Российской Федерации) или прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС, путем подачи заявления о выборе (замене) СМО во вновь выбранную СМО.

Одновременно с оформлением полиса СМО предоставляет застрахованному лицу информацию о правах и обязанностях застрахованных лиц в сфере ОМС, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, а также контактные телефоны ТФОМС и СМО, оформившей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки.

Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется СМО, в которой застрахованы их матери или другие законные представители (т.е. медицинское обслуживание детей до момента истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения будет осуществляться по полису матери или других законных представителей).

По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме, обязательное медицинское страхование осуществляется СМО, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Срок действия полиса ОМС .

- Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия (*действие полиса приостанавливается в случае призыва (поступления) на военную службу или приравненную к ней службу на срок ее прохождения*).
- Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства формируется полис со сроком действия до конца текущего календарного года.
- Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», формируется полис со сроком действия до конца текущего календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах.
- Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства формируется полис со сроком действия до конца текущего календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.
- Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС формируется полис со сроком действия до конца текущего календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.
- Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается полис со сроком действия до конца текущего календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

Переоформление полиса ОМС осуществляется в случаях:

1. Изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения и пола застрахованного лица;
2. Установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
3. Необходимости продления действия полиса гражданам: постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства, лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС, временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, при сохранении у них права на обязательное медицинское страхование в следующем календарном году.

Переоформление полиса осуществляется на основании заявления застрахованного лица о переоформлении полиса при предъявлении документа удостоверяющего личность, и документов, подтверждающих изменения.

В случае утраты полиса на бланке (бумажный или электронный) выдача дубликата не производится. Застрахованное лицо или законный представитель

может получить выписку о полисе посредством Единого портала госуслуг и сохранить на любой материальный носитель и/или запросить страховую медицинскую организацию выдать выписку о полисе, содержащую сведения о действующем полисе, в том числе штриховой код.

Вниманию застрахованных лиц!

1) С 1 января 2020 года на территории Астраханской области работает только одна страховая медицинская организация - АФ АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», страховая медицинская организация «МАКС-М» прекратила свою деятельность на территории Астраханской области.

В соответствии с частью 17 статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сведения о лицах, застрахованных в филиале АО «МАКС-М» в г. Астрахани, переданы в АФ АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед».

Медицинская помощь по полису ОМС, выданному филиалом АО «МАКС-М» в г. Астрахани, продолжает оказываться беспрепятственно и в полном объёме. Однако, застрахованным лицам, имеющим на руках полис филиала АО «МАКС-М» в г. Астрахани, необходимо обратиться в АФ АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» для внесения изменений в полис ОМС (справки по телефону **441-816 – отдел страхования АФ АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»**).

2) С 1 января 2016 года реализована возможность получения застрахованными лицами информации о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости на бумажном носителе и в электронной форме (информация формируется на основании принятых от медицинских организаций реестров-счетов за оказанную медицинскую помощь). Получить справку на бумажном носителе Вы можете, обратившись в АФ АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед». Получить информацию в электронной форме в соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.11.2017 №2521-р Вы можете через Единый портал госуслуг, который предоставляет возможность получить сведения 2-х видов:

- «Сведения об оказанных медицинских услугах и их стоимости» (информацию предоставляют территориальные фонды обязательного медицинского страхования). Информация включает в себя сведения о дате и месте получения медицинской помощи с указанием её стоимости;

- «Информация об оказанных медицинских услугах» (информацию предоставляет Министерство здравоохранения Российской Федерации). Информация включает в себя сведения из единой электронной медицинской карты пациента.

3) С 2016 года в Астраханской области функционирует институт страховых представителей страховых медицинских организаций, основная цель которого - повышение эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере ОМС. Для максимально быстрого решения вопросов, касающихся медицинского обслуживания, Вам следует обращаться в страховую медицинскую организацию по телефону **441-817 (отдел защиты прав застрахованных)** или в единый **Контакт-центр** в сфере обязательного медицинского страхования, работающий круглосуточно, по телефонам: **48-76-30, 8-800-775-76-30 (звонок**

бесплатный). С 08:00 до 17:00 Контакт-центр работает в режиме оператора, в нерабочее время, в выходные и праздничные дни - в режиме автосекретаря.

ПУНКТЫ ВЫДАЧИ ПОЛИСОВ ОМС

<i>Астраханский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-МЕД»</i>
Центральный офис, 414000, г. Астрахань, ул. Красного Знамени, д.16, А Лит. И; тел. (8512) 441-812, 441-816, 441-817
Отделение №1 г. Астрахань, 414045, г.Астрахань, ул. Бэра/Н.Островского, д.53/69, тел. (8512) 482-595
Отделение №3 г. Астрахань, 414032, г. Астрахань, ул. Бабаевского, д.35, корп.4 (ГБУЗ АО «Городская поликлиника №2»), тел. (8512) 554-943
Отделение №4 г. Астрахань, 414040, г.Астрахань, ул. Победы, / ул.Красная Набережная, д.27/79, тел. (8512) 23-85-50 (доб.228)
Пункт выдачи полисов №2 г. Астрахань, 414006, г.Астрахань, пер.Степана Разина, /ул. Дзержинского, д.2/5 (Трусовский филиал АУ АО «МФЦ»), тел. (8512) 220-003
Знаменское отделение, 416540, Астраханская область, г. Знаменск, ул. Мира, д. 2 А (ГБУЗ АО «ГБ ЗАТО Знаменск»), тел. (85140) 2-02-64
Володарское отделение, 416170, Астраханская область, п. Володарский, ул. Садовая, д. 20, (поликлиника ГБУЗ АО «Володарская РБ»), тел. (85142) 9-04-74
Енотаевское отделение, 416200, Астраханская область, с. Енотаевка, ул.Советская, / Рыдель, / Степана Разина, д. 34/6а/1 (поликлиника ГБУЗ АО «Енотаевская РБ»), тел.(85143) 9-16-06
Наримановское отделение, 416110, Астраханская область, г. Нариманов, ул. Центральная, д.17 (детская поликлиника ГБУЗ АО «Наримановская РБ, ком.10), тел. (85171) 6-17-20
Камызякское отделение, 416340, Астраханская область, г. Камызяк, ул. Горького, д. 89,(в здании Сбербанка), тел. (85145) 9-28-29
Красноярское отделение филиала, 416150, Астраханская обл., с. Красный Яр, ул. Зои Ананьевой, д. 51, (поликлиника ГБУЗ АО «Красноярская РБ»), тел. (85146) 9-13-49
Лиманское отделение, 416410, Астраханская обл., п. Лиман, ул. Ленина, д. 51, (поликлиника ГБУЗ АО «Лиманская РБ»), тел. (85147) 2-13-26
Харабалинское отделение, 416010, Астраханская область, г. Харабали, ул. Ленина, 16, тел. (85148) 5-19-30
Икрянинское отделение, 416370, Астраханская область, с.Икряное, ул. 1 Мая, д.23 (поликлиника ГБУЗ АО «Икрянинская РБ»), тел. (85144) 2-21-05
Пункт выдачи полисов №1 Черноярского района, 416230, Астраханская

область, с. Черный Яр, ул. им. Маршала Жукова, д. 51, тел. (8512) 444-816

Ахтубинское отделение, 416500, АО, г. Ахтубинск, ул. Шубина, д. 81,
(Ахтубинский филиал АУ АО «МФЦ»), тел. (85141) 5-26-76

Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 №2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» утверждена программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Астраханской области на 2024 год (далее – Программа) *.

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь.

Ветеранам боевых действий оказание медицинской помощи в рамках Программы осуществляется во внеочередном порядке.

Амбулаторно-поликлиническая помощь гражданам оказывается:

1) при предъявлении полиса ОМС, либо выписки о полисе и документа, удостоверяющего личность;

2) детям со дня рождения до истечения 30 дней со дня государственной регистрации рождения медицинская помощь предоставляется при предъявлении полиса ОМС матери или других законных представителей и документа, удостоверяющего их личность.

Право гражданина на выбор медицинской организации установлено Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон №323-ФЗ) и определено приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 №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».

На основании письменного заявления о выборе медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Объем диагностических и лечебных мероприятий, необходимость в консультациях врачей-специалистов для конкретного пациента определяется лечащим врачом.

Лечение и обследование на дому больных, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посещать медицинские организации, проводятся по назначению лечащего врача.

Консультация специалистов в амбулаторно-поликлинических условиях предоставляется по направлению лечащего врача. Лабораторные и инструментальные методы исследования предоставляются гражданам по направлению лечащего врача при наличии медицинских показаний с учетом порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

При наличии медицинских показаний для проведения консультации врача-специалиста и (или) лабораторных и диагностических исследований, отсутствующих в данной медицинской организации, пациенту должно быть оформлено направление в другую медицинскую организацию, участвующую в Программе.

При оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в рамках Программы предоставляется плановая и экстренная медицинская помощь.

Направление пациента на плановую госпитализацию в круглосуточный или дневной стационар осуществляется лечащим врачом амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) в соответствии с клиническими показаниями.

При выдаче направления на оказание специализированной медицинской помощи в плановой форме в круглосуточный или дневной стационар лечащий врач обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации Программы, в которых возможно оказание соответствующей медицинской помощи с учетом сроков ее ожидания. На основании полученной информации гражданин осуществляет выбор медицинской организации.

При госпитализации в стационарное отделение пациенту обеспечивается выполнение следующих условий:

- размещение в палатах на 3 и более мест при условии выполнения санитарно-гигиенических требований по количеству палатных площадей на 1 койку;
- бесплатное обеспечение граждан лекарственными препаратами, включенными в перечень жизненно необходимых лекарств.

Одному из родителей ребёнка, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право совместного нахождения с ребенком до достижения им возраста четырех лет в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, на протяжении всего периода лечения, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний. Эта норма действует и в отношении ребенка-инвалида, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности - независимо от возраста ребенка-инвалида.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача **информированного добровольного согласия пациента**, одного из родителей несовершеннолетнего ребенка или законного представителя пациента на медицинское вмешательство на основании представленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с

ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи и на условиях, предусмотренных Федеральным законом №323-ФЗ. При отказе от медицинского вмешательства пациенту, одному из родителей несовершеннолетнего ребенка или законному представителю в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и иных состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Отсутствие страхового полиса ОМС и документов, удостоверяющих личность, не является причиной отказа в вызове и оказании скорой медицинской помощи.

Сроки ожидания медицинской помощи

сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часа с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки ожидания оказания неотложной медицинской помощи не должны превышать 2 часа с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения консультаций врачей-специалистов (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

сроки проведения консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкологическое заболевание не должны превышать 3 рабочих дня;

сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения исследований (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание);

сроки проведения компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии при оказании первичной медико-санитарной помощи (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание) не должны превышать 14 рабочих дней;

сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкологические заболевания не должны превышать 7 рабочих дней со дня назначения исследований;

срок установления диспансерного наблюдения врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать 3 рабочих дня с момента постановки диагноза онкологического заболевания;

сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями - 7 рабочих дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания (состояния);

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 с учётом транспортной доступности.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) является составной частью Программы, страховое обеспечение которой в

соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 №2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В рамках ТП ОМС, застрахованным по ОМС лицам:

- оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП), включенная в перечень видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС, при заболеваниях и состояниях, указанных в Разделе I. Приложения №23 к Программе,

при следующих заболеваниях и состояниях:

✓ инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза;

✓ 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;

✓ симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

- осуществляются профилактические мероприятия населения, включая:

- диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры взрослых и детей, а также диспансерное наблюдение проводимых в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации. Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья, в соответствии с

разделом «Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья»;

- граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства. Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Также в рамках ТП ОМС осуществляется:

- медицинская реабилитация, осуществляемая в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара;

- мероприятия по аудиологическому скринингу;

- ЭКО, включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- оказание медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара и стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями и критериями оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара и стационарных условиях;

- проведение консультирования медицинским психологом пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в ТП ОМС;

- проведение патолого-анатомических вскрытий в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, участвующих в реализации базовой программы ОМС;

- оказание медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями;

- заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи;

- проведение осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей;

- проведение обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, при заболеваниях и состояниях, медицинская помощь при которых предоставляется гражданам бесплатно в рамках ТП ОМС, за

исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе;

- исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и на наличие респираторных инфекций, включая вирус гриппа, любым из методов в случае:

- наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп;
- наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;
- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

- лечение заболеваний зубов и полости рта с использованием медицинских препаратов, стоматологических материалов и эндодонтического инструментария российского производства, за исключением материалов, не имеющих аналогов российского производства. По полису ОМС гражданин имеет право получить терапевтическое и хирургическое лечение заболеваний зубов и полости рта, лечение различных заболеваний слюнных желез, удаление зубных отложений, вправление вывихов и подвывихов челюсти, лечение врождённых челюстно-лицевых патологий, удаление зубов, анестезию, рентгенологическое исследование, необходимое для успешного лечения, а также физиотерапевтические процедуры. Программа ОМС сформирована с учётом порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, т.е. весь спектр необходимых стоматологических услуг предусмотрен Программой ОМС и должен оказываться населению бесплатно.

В настоящее время имеется достаточное количество обезболивающих средств и пломбировочного материала отечественного производства, не уступающего по качеству импортным аналогам.

Зубопротезирование в рамках ТП ОМС не осуществляется.

* Полный текст постановления Правительства Астраханской области от 29.12.2023 №862-П «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Астраханской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» размещен на сайте территориального фонда ОМС АО <https://www.astfond.ru/oms/territorialnaya-programma/2024>

При возникновении вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи по полису ОМС, можно обращаться:

1. в Контакт – центр в сфере ОМС по номерам - (8512) 48-76-30 и 8 800 775-76-30 (звонок бесплатный), работает в круглосуточном режиме;

2. в страховую медицинскую организацию - Астраханский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», 414000, г. Астрахань, ул.Красного Знамени, дом 16 А, тел.: (8512) 44-18-16, 44-18-17, www.sogaz-med.ru;
3. в Территориальный фонд ОМС АО: 414040, г.Астрахань, ул. Победы, 41, тел.: 243-000, 243-014, 243-013, www.astfond.ru;
4. в Министерство здравоохранения Астраханской области: 414056, г.Астрахань, ул. Татищева, 16в тел.: 54-19-41, 54-00-23, 54-16-03, www.minzdravao.ru