



+ В зоне ответственности +

+ ФОМС на страже
ваших прав +

Страховые представители проконсультировали более 65 тыс. граждан

В ТФОМС Челябинской области подвели итоги работы службы страховых представителей за 2017 год.

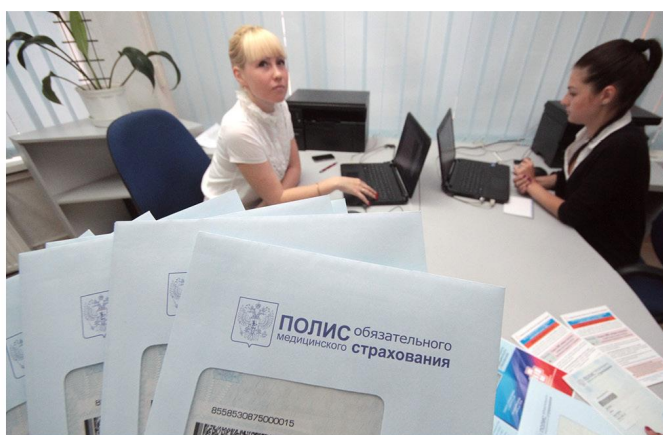
Текст: Дина Кравченко

Служба страховых представителей была создана в 2016 году с целью информационного сопровождения пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи специалистами страховых медицинских организаций, работающих в сфере ОМС.

В основу системы положен трехуровневый принцип, который позволяет оперативно решать вопросы пациентов: от наиболее простых и общих до касающихся контроля качества оказания медицинской помощи.

На первом уровне работают специалисты контакт-центра страховой медицинской организации, предоставляющие устную информацию по типовым вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера. Если поступивший вопрос не входит в компетенцию специалиста контакт-центра, он передается на второй уровень, специалисты которого также занимаются информированием и сопровождением застрахованных лиц при прохождении профилактических мероприятий – медицинских осмотров и диспансеризации. На самом высоком третьем уровне специалисты-эксперты страховых компаний работают с письменными обращениями застрахованных лиц, в том числе организуют проведение экспертизы качества медицинской помощи.

В течение 2017 года на территории Челябинской области в сфере обязательного медицинского страхования свою деятельность осуществляли в общей сложности 156 страховых представителей пяти страховых компаний. Все сотрудники, допущенные к работе с обращениями граждан, прошли специальную подготовку на базе аккредито-



ванных учебных заведений.

В течение 2017 года страховые представители приняли 65 тыс устных обращений граждан. Из них 46 тыс были решены специалистами контакт-центра. В основном, это типовые вопросы, связанные с получением полиса ОМС, выбором медицинского учреждения и другие вопросы общего характера.

Кроме устных, страховщики приняли 1,3 тысячи письменных обращений, по которым было проведено в общей сложности более 2 тысяч экспертиз.

«Обеспечение пациентов качественной и доступной медицинской помощью является основной целью работы сферы обязательного медицинского страхования, – говорит директор ТФОМС Челябинской области Ирина Михалевская. – В этой связи работе по защите прав пациентов уделяется особое внимание. Каждый житель Челябинской области должен знать, что в случае возникновения вопроса или проблемы, связанной

с получением бесплатной медицинской помощи, он может всегда обратиться к своему страховому представителю и получить квалифицированную консультацию и всю необходимую помощь. Служба страховых представителей ориентирована на персонализированный подход при оказании медицинской помощи, а также обеспечение информационного сопровождения пациентов при оказании им медицинской помощи. При поддержке ТФОМС Челябинской области служба будет постоянно развиваться, мы стремимся к тому, чтобы страховой представитель на постоянной основе работал в каждом медицинском учреждении региона».

Номер телефона страхового представителя указан в каждом полисе ОМС. Кроме того, связаться со своей страховой медицинской организацией можно по единому бесплатному номеру контакт-центра **8-800-300-1-003**.

Федеральный фонд ОМС предупреждает о новом виде мошенничества с полисами обязательного медицинского страхования

Специалисты территориальных фондов обязательного медицинского страхования обнаружили в социальных сетях новую разновидность мошенничества.

Пользователям глобальной коммуникационной системы приходят письма с предложением проверить свой полис ОМС и получить выплаты за неиспользованные медицинские услуги. Для этого дается ссылка на сайт, где можно заполнить форму и узнать полагающуюся «компенсацию». После ввода персональных данных на экране высвечивается сумма, которая иногда превышает 400 тысяч рублей. Но чтобы ее получить, человеку предлагают оплатить организационные расходы. Далее пользователю предлагается указать номер банковской карты для, якобы, зачисления финансов. После чего, мошенники получают доступ к данным карты и возможность снять с нее денежные средства.

В связи с этим Федеральный фонд обязательного медицинского страхования призывает граждан проявлять бдительность и не поддаваться на ухищрения преступников. А также напоминает, что законодательство Российской Федерации гарантирует право на бесплатную медицинскую помощь по полису ОМС. Одновременно с этим, законом не предусматривается возмещение денежных средств гражданину за неиспользованное право оказания бесплатной медпомощи или израсходование меньших средств за медицинские услуги.

По всем вопросам, касающимся обязательного медицинского страхования, звоните по телефону **8 (499) 973-31-86**. Телефон контакт-центра в сфере ОМС Челябинской области **8-800-300-10-03**, телефоны страховых медицинских организаций указаны в полисах ОМС.

+ Отзывы +

Страховые представители помогли тысячам пациентов решить вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи по полису ОМС, и получили множество благодарных отзывов за качественно проделанную работу и внимательное отношение к проблемам пациентов:

«Обращался в связи с длительным ожиданием проведения УЗИ и биопсии: обратился в поликлинику в июле, биопсию назначили на октябрь. После обращения в страховую компанию вопрос был решен: в течение 7 дней сделано УЗИ, затем направили на биопсию».

«Назначено прохождение МРТ груди и шейного отдела, но в связи с повышенным весом, в медицинской организации отказывали в проведении услуги, требуя предварительно снизить вес. Страховые представители связались с несколькими медицинскими организациями и решили вопрос, обеспечив прохождение исследования».

«Обратился в вашу компанию со своей проблемой. Не мог в течение шести недель попасть на прием к хирургу. Уже на следующий день связался с заведующей поликлиникой, нашли для меня удобное время приема. Вскоре мне вырезали «мою болячку». Атерома больших размеров. Врач отметил, что ещё бы несколько дней, и проблема бы усугубилась. Хочу выразить огромную благодарность работникам за оперативность, результативность и внимательность к решению моей проблемы».



+ В зоне ответственности +

Что нужно знать при составлении официального обращения

Согласно ст. 33 Конституции РФ, граждане России имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления. При этом федеральным законодательством установлен четкий порядок рассмотрения поступающих обращений.

Текст: Виктория Винницкая, Дина Кравченко

В территориальном фонде обязательного медицинского страхования Челябинской области, как и в других государственных учреждениях, организована работа с обращениями, поступающими от граждан по вопросам получения бесплатной медицинской помощи. Нарушения прав граждан в сфере здравоохранения – очень чувствительная тема, связанная со здоровьем и жизнью людей, их полноценным образом жизни. К сожалению, большинство поводов к обращению в этой сфере являются негативными и сопровождаются переживаниями и болью пациентов. Так, нередки случаи, когда пациенты в своих обращениях выдвигают априори невыполнимые требования. Поэтому для повышения эффективности проведения работы по защите прав застрахованных граждан, ТФОМС Челябинской области ещё раз разъясняет порядок работы с обращениями, а также различия в компетенции государственных и муниципальных органов власти в сфере здравоохранения.

Как показывает анализ структуры обращений граждан, в медицинских учреждениях чаще всего пациенты сталкиваются с вопросами, которые условно можно разделить на две группы: организационные вопросы и вопросы оказания медицинской помощи. К первой относятся вопросы, связанные с очередями, недоступностью талонов, этикой и деонтологией медицинских работников или регистраторов, неудобным графиком работы врача или поликлиники и т.п. В первую очередь, решение данных вопросов входит в компетенцию администрации медицинского учреждения. Кроме того, в соответствии с действующим законодательством, организация оказания медицинской помощи на территории Челябинской области относится к компетенции регионального Министерства здравоохранения или Управлений здравоохранения г.Челябинска и г.Магнитогорска в подведомственных медицинских организациях.

Таким образом, указанные выше организационные вопросы, в первую очередь, следует решать на уровне руководства лечебного учреждения. В большинстве случаев это позволяет оперативно принять необходимые меры и решить проблему. Если обращение в администрацию учреждения не дало результатов, необходимо обращаться в вышестоящие инстанции.

Вторую группу обращений составляют непосредственно вопросы качества оказания медицинской помощи пациентам. С данной категорией вопросов работают специалисты по обеспечению и защите прав застрахо-

ванных граждан ТФОМС Челябинской области и страховые представители – сотрудники страховых медицинских организаций.

Напомним, что обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой государственную систему по обеспечению бесплатного оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая (болезни, травмы и т.д.) в рамках программ обязательного медицинского страхования.

В соответствии с законодательством, право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС реализуется на основании договоров, заключенных в его пользу: договора о финансовом обеспечении ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

В соответствии с условиями данных договоров, страховые компании обязаны осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления пациентам медицинской помощи, в том числе путем экспертного контроля, для проведения которого привлекаются эксперты качества медицинской помощи – доктора и кандидаты медицинских наук, врачи-специалисты очень высокой квалификации. Результаты экспертного контроля, которые предоставляются заявителям в ответ на обращение, являются мнением специалиста – эксперта качества медицинской помощи, в то время как многие пациенты считают это личным мнением исполнителя по обращению – специалиста фонда или страховой компании.

Самое главное правило, которому следуют специалисты ТФОМС Челябинской области и страховых компаний при рассмотрении обращений граждан, – это работа в строгом соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и в рамках своей компетенции. Именно поэтому зачастую ряд требований, предъявляемых заявителями в ТФОМС, просто не может быть выполнен. К примеру, пациенты часто в жесткой форме требуют у специалистов фонда «наказать врача» или «уволить его», не понимая, что решение кадровых вопросов не относится к компетенции фонда. Применение к медицинскому персоналу мер дисциплинарного взыскания регулируется исключительно трудовым законодательством Российской Федерации. Право применения дисциплинарного взыскания принадлежит работодателю при условии наличия доказательств, свидетельствующих о нарушении работником своих трудовых обязанностей. Как упоминалось выше, ТФОМС Челябинской области, страховые медицинские организации не являются работодателями врачей и иных специалистов, оказывающих медицинскую помощь, а медицинские организации, как и медицинский персонал, не находятся в подчинении ТФОМС Челябинской области и страховых медицинских организаций. Соответственно, ни фонд, ни страховые компании не вправе применять какие-либо из вышеуказанных мер воздействия. Единственным законным видом наказания, используемым в сфере ОМС, является применение финансовых санкций к медицинским организациям по результатам проведенного экспертного контроля. За неоказание, несвоевременное



оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества страховая компания применяет к медицинской организации финансовые санкции, установленные договором. Иных мер ответственности, в том числе и по отношению к работникам медицинских организаций, законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования не предусмотрено. В свою очередь применение мер административного и уголовного характера относится к компетенции соответствующих органов и регулируются нормами уголовного и административного права.

Поэтому при составлении обращения гражданину необходимо понимать, какую цель, в конечном счете, преследует заявитель, и на какой результат он рассчитывает. Если цель в проверке соблюдения качества, доступности, в том числе сроков оказания медицинской помощи, установления факта незаконного взимания денежных средств за медицинскую помощь, положенную бесплатно по полису ОМС, или уведомление об обнаруженных недостоверных записях о посещениях, к примеру, на портале государственных услуг, то специалистами ТФОМС Челябинской области будет организовано рассмотрение обращения по существу заданных вопросов. Если пациент пытается добиться применения дисциплинарных мер в отношении конкретных медицинских работников, следует обращаться в органы управления здравоохранением.

Также гражданам необходимо обратить внимание на то, что вопросы получения талонов, записи на прием к врачу, очереди, работы портала <http://talon.zdrav74.ru/>, получения направлений на медико-социальную экспертизу (для получения инвалидности), вопросы временной нетрудоспособности и лекарственного обеспечения, оказания медицинской психиатрической и наркологической помощи, обеспечения медицинских организаций расходными материалами (в т.ч. бахилами, шприцами, перевязочным материалом, постельным бельем и пр.) не относятся к компетенции ТФОМС Челябинской области.

«Мы всегда тщательно подходим к разбору каждого обращения, на все поступившие вопросы гражданам всегда будут даны максимально полные ответы, – подчеркивает специалист по работе с обращениями граждан ТФОМС Челябинской области Виктория Винницкая. – Мы понимаем, что обращаясь со своими проблемами, люди зачастую пишут в состоянии отчаяния, под влиянием эмоций и переживаний. В этой связи мы просим заявителей не злоупотреблять своим правом и формулировать корректные и адекватные требования и просьбы в своих обращениях. Ведь наша задача – защита прав человека на получение бесплатной медицинской помощи – может быть выполнена только, если сам человек заинтересован в эффективном, быстром и законном решении вопроса, не препятствует работе специалистов».

Необходимо отметить, что, согласно Федеральному закону от 02.05.2006г. N 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», письменное обращение, содержащее вопросы, решение которых не входит в компетенцию ведомства, направляется в течение семи дней со дня регистрации в соответствующий орган или соответствующему должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов. При этом гражданин, направивший обращение, уведомляется о его передаче. Таким образом, обращение, направленное в ведомство не по компетенции, также будет рассмотрено, но уже в более длительные сроки с учетом времени, затраченного на его переадресацию.

В целях повышения эффективности рассмотрения обращений ТФОМС Челябинской области рекомендует гражданам при составлении обращения в государственные ведомства, учитывать все требования, которым должно соответствовать обращение, направлять его в орган государственной власти по компетенции, а также соблюдать этические и нравственные нормы поведения при общении со специалистами по работе с обращениями граждан и защите прав пациентов.

+ 25 лет системе обязательного медицинского страхования +

Фонд ОМС Челябинской области: Этап становления

Необходимость создания системы обязательного медицинского страхования была вызвана сложным этапом развития государства, когда вопросы социальной защищенности граждан стали особенно актуальными. В 90-е годы прошлого столетия сфера здравоохранения испытывала большие трудности из-за неспособности государства в полном объеме осуществлять финансирование. Уровень серьезных организационно-экономических проблем, объем личных расходов граждан на лечение стал сопоставим с государственными тратами, все больше пациентов вынуждены были отказываться от лечения и приобретения лекарств.

Текст: Ольга Титова

Именно в это сложное время, чтобы социально защитить граждан, обеспечить им равные права на получение доступной и квалифицированной медицинской помощи за счет стабильного целевого источника финансирования, было принято решение изменить организацию финансирования системы здравоохранения. Обязательное медицинское страхование пришло на смену утратившей свою эффективность, затратной системе сметного финансирования здравоохранения. В основу новой системы была положена установка, что деньги медицинское учреждение получает только за конкретного пациента, за конкретно оказанную медицинскую помощь надлежащего качества и объема.

Принятие закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» 28 июня 1991 года стало основополагающим шагом в развитии социальной значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране. С внедрением обязательного медицинского страхования на практике началась реализация принципа социальной справедливости, когда каждый гражданин, вне зависимости от своего статуса и материального положения, может получить гарантированный ему государством объем медицинской помощи.

В 1993 году во исполнение закона «О медицинском страховании граждан в РФ» Постановлением Главы администрации Челябинской области №297 от 11 августа 1993 года создан Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования.

Главной задачей фонда на этапе становления системы ОМС была реализация вышеуказанного закона и всего законодательства РФ в сфере здравоохранения. Требовалось создавать нормативно-правовые акты, методики и методологические документы в полной увязке с действующим законодательством в финансовых отраслях, банковской структуре, непосредственно в органах здравоохранения, медицинских учреждениях, предприятиях и организациях-страхователях.

В начале пути организации работы областного фонда ОМС строилась в соответствии с постановлением главы администрации Челябинской области №144 от 28 февраля 1994 г. «О переходе Челя-



Коллектив Челябинского областного фонда ОМС, 1994 г.

бинской области к обязательному медицинскому страхованию граждан». Этим документом были утверждены территориальная программа ОМС, «Правила обязательного медицинского страхования граждан Челябинской области», «Временное положение о порядке финансирования медицинских учреждений за счет средств фонда обязательного медицинского страхования» и др.

Основными на первом этапе деятельности областного фонда ОМС были вопросы формирования работоспособной структуры, позволяющей обеспечить регистрацию страхователей, учет и контроль поступления страховых взносов. Была создана территориальная сеть, включающая 37 филиалов в районах области, зарегистрировано около 40 000 плательщиков страховых взносов, взяты под контроль своевременность и полнота перечисления платежей на ОМС. Лицензии на обязательное медицинское страхование получили 12 страховых компаний.

На уровне медицинских учреждений совместно с главным управлением здравоохранения области работа велась по нескольким направлениям. Во-первых, это согласование объемов финансирования в переходный период в соответствии с временным положением о порядке финансирования медицинских учреждений за счет средств фонда ОМС. Во-вторых, определение стоимости медицинских услуг. На базе 20 медицинских учреждений области были рассчитаны тарифы на медицинскую помощь в амбулаторно-поликлиническом звене. В третьих, в поликлиниках области были внедрены новые формы учетно-отчетной документации для работы в условиях страховой медицины. На базе вычислительного центра ГБ №9 г. Челябинска разработана компьютерная программа «Учет», позволяющая автома-

тизировать расчеты между медицинскими учреждениями и страховыми компаниями. С августа 1994 года началось внедрение модели ОМС в 54 амбулаторно-поликлинических учреждениях Челябинска и Магнитогорска.

С самого начала деятельности фонда его работа координировалась и контролировалась правлением областного фонда ОМС, в состав которого входили представители администрации региона, главного управления здравоохранения, профсоюзов, страховых медицинских организаций, работодателей.

Конкретные результаты деятельности фонда за период 1993–1994 гг. можно характеризовать двумя моментами.

В первую очередь, это финансовая поддержка бюджета здравоохранения. Начиная с конца 1993 года в медицинские учреждения стали поступать средства фонда ОМС, что явилось существенной поддержкой в условиях острого финансового дефицита. Всего с момента образования фонда и до конца 1994 года в больницы области было направлено свыше 75 млрд рублей. Большая часть этих средств направлялась в соответствии с порядком финансирования на текущие расходы медицинских учреждений – заработную плату сотрудников, медикаменты, питание, инвентарь, оплату коммунальных услуг.

Кроме того, фонд оказывал помощь в приобретении медицинского оборудования по таким направлениям, как служба родовспоможения и детства, медицинская помощь инвалидам, профилактика заболеваний. Также фонд ОМС вел работу по привлечению дополнительных источников финансирования: из Федерального фонда ОМС был получен 1 млрд рублей целевым назначением для родильных домов и детских больниц региона. Финансовая помощь была оказана Челябинскому

областному госпиталю для ветеранов и инвалидов войны для приобретения противодифтерийной вакцины, 600 млн рублей выделено на лечение и оздоровление детей в летний период.

В период становления системы ОМС четко проявились две противоположные позиции, на которых находились участники страховых отношений. Перестройка системы финансирования здравоохранения была непростым, даже болезненным процессом, периодом непонимания для многих медицинских учреждений. Их руководители продолжали решать свои задачи так, как это делали всегда, не пытаясь понять, что ключевой фигурой в финансовых взаимоотношениях должен стать пациент, не задаваясь целью определить реальные затраты, стараясь добиться дополнительного финансирования, опираясь на достигнутый ранее уровень, а не с точки зрения новой системы. Неспособность бюджета удовлетворить запросы таких медицинских организаций побуждала их на поиск виновника, которым стал фонд ОМС, так как система ОМС подразумевала оплату за конечный результат. Вместе с тем, ряд других медицинских учреждений, оценив приоритеты новой системы, активно включились в работу по определению оптимальных объемов и структуры затрат на оказание медицинской помощи. Именно для них процесс адаптации к новым условиям проходил менее болезненно.

Нужно отметить, что тот практический опыт, умение принимать стратегические решения, согласованно действовать, заложенные в первый год работы фонда, стали основой всей системы ОМС Челябинской области, ориентированной на человека и направленной на эффективное использование финансовых средств и повышение качества и доступности бесплатной медицинской помощи.

+ Имею право +

Вопрос-ответ

На вопросы граждан отвечает и.о. заместителя директора ТФОМС Челябинской области по вопросам организации ОМС Юлия Маркова.



Юлия Маркова,
и.о. заместителя директора ТФОМС
Челябинской области

Вопрос. Там, где мы живем, отсутствуют многие специалисты, в том числе специалист УЗИ. Могу ли я пройти УЗИ или поехать на прием к нужному врачу в городской поликлинике ближайшего города, не относящегося к моему району, бесплатно (по направлению от врача)? Может ли мой лечащий врач отказать мне в выдаче направления? Если да, то в каких случаях?

Ответ. Для получения застрахованным лицом гарантированного объема медицинской помощи, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в медицинской организации, являющейся участником обязательного медицинского страхования, в сроки, предусмотренные территориальной программой обязательного медицинского страхования, обязательным условием являются: - наличие медицинских показаний, которые определяются лечащим врачом; - наличие медицинской услуги в утвержденном Порядке оказания медицинской помощи или Стандарте оказания медицинской помощи, применяемом при лечении и обследовании конкретного заболевания или состояния. На основании приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от 20.12.2012 года №1782 «Об утверждении порядка направления прикрепленного гражданина к медицинским организациям – фондодержателям, с целью получения внешних медицинских услуг в медицинских организациях – исполнителях, при взаиморасчетах за счет средств подушевого финансирования» при отсутствии в медицинской организации, к которой прикреплен пациент, соответствующего специалиста или вида обследования, необходимого пациенту, врачом данной медицинской организации оформляется направление по форме 057/у-04, утвержденной приказом Минздрава России от 22.11.2004 №255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» с целью получения им внешних медицинских услуг в медицинских организациях, оказывающих внешние медицинские услуги, и в которых необходимой пациенту вид медицинской услуги осуществляется. Направление пациентов осуществляется в соответствии с графиком приема врачей и работы лабораторно-диагностических отделений медицинской организации, в которой данные внешние медицинские услуги будут оказаны. Если медицинская услуга (ультразвуковое исследование) показана вам и входит в стандарт или порядок оказания медицинской помощи по имеющемуся заболеванию или состоянию, медицинская помощь при которых оказывается за счет средств ОМС, данная медицинская услуга должна быть проведена на бесплатной основе, по направлению от лечащего врача, в том числе и в других медицинских организациях, в рамках получения внешних медицинских услуг.

Вопрос. Я являюсь пенсионером МВД. Как я могу получить полис ОМС, если при выходе на пенсию СНИЛС не выдавался. Во время службы полиса не было.

Ответ. Согласно федеральному законодательству, действующему в сфере обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) в Российской Федерации, в частности ст. 10 Федерального закона от 30.11.2011 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», военнослужащие и приравненные к ним в организации оказания медицинской помощи лица не подлежат обязательному медицинскому страхованию. Таким образом, если вы не являетесь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом, то имеете право на получение полиса ОМС, и бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программы ОМС. Для оформления полиса вам необходимо обратиться в любую страховую медицинскую организацию (далее – СМО), из действующих на территории Челябинской области с заявлением о выборе (замене) СМО. Информацию о страховых компаниях и пунктах выдачи полисов ОМС вы можете найти, пройдя по ссылке <http://foms74.ru/Page/spravocnaya-informaciya>. К заявлению о выборе (замене) СМО гражданами РФ прилагаются следующие документы необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица: 1) документ, удостоверяющий личность; 2) СНИЛС. Оформление СНИЛС относится к компетенции Пенсионного Фонда России.

Вопрос. Здравствуйтесь. По адресу ребенка относится к одной поликлинике. Общий анализ мочи отправляют сдавать в другую, мотивируя, что у них своей лаборатории нет и вообще «что такого, без него же, отвести, что сложного?». Почему нет возможности сдавать анализы в своей поликлинике? Люди ведь работают, возможность ехать куда-то с утра есть не у всех.

Ответ. На основании ч.6 ст.7 Положения о Министерстве здравоохранения Челябинской области, утвержденного постановлением Губернатора Челябинской области от 27.04.2004 года №383, Министерство здравоохранения Челябинской области организует оказание населению Челябинской области первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе ско-

рой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Челябинской области. Контроль за деятельностью муниципальных медицинских организаций г. Челябинска возложен на Управление здравоохранения Администрации города Челябинска. Таким образом, по вопросам, связанным с организацией медицинской помощи, рекомендуем вам обращаться в Министерство здравоохранения Челябинской области или в Управление здравоохранения г. Челябинска (если медицинская организация является муниципальной и находится в г. Челябинске).

Вопрос. Необходимо ли повторно прикрепляться к уже выбранной в прошлом году поликлинике?

Ответ. Повторно прикрепляться к уже выбранному в прошлом году медицинскому учреждению не надо. Повторное прикрепление производится только при смене амбулаторного учреждения. При смене медицинской помощи ОМС, если гражданин не зарегистрирован на территории, прикрепленной к поликлинике, необходимо информировать лечебное учреждение и подтвердить приписку к нему.

Вопрос. Правомерны ли действия лечебного учреждения, работающего в системе ОМС, если пациенту предлагают платное обследование по ДМС как единственный и безальтернативный вариант? А через кассу учреждения нельзя? Или бесплатно по ОМС?

Ответ. Для получения застрахованным лицом гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в медицинской организации, яв-

ляющейся участником обязательного медицинского страхования, в сроки, предусмотренные территориальной программой обязательного медицинского страхования, обязательным условием являются: - наличие медицинских показаний, которые определяются лечащим врачом; - наличие медицинской услуги в утвержденном Порядке оказания медицинской помощи или Стандарте оказания медицинской помощи, применяемом при лечении и обследовании по конкретному заболеванию или состоянию. Если обследование, о котором вы пишете в своем обращении, вам показано и входит в стандарт оказания медицинской помощи по вашему заболеванию, данное исследование должно быть проведено на бесплатной для вас основе (по полису ОМС) по направлению от лечащего врача. Согласно ст. 19 Федерального закона РФ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. На основании ч. 2 ст. 84 вышеуказанного закона платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования. Если обследование не входит в объемы медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, то оно может быть проведено по полису добровольного медицинского страхования или по договору об оказании платной медицинской помощи, о чем вас должен уведомить лечащий врач.



Контакт-центр в сфере ОМС: 8-800-300-1-003

Группа «ВКонтакте»: www.vk.com/foms74

№3 (72), март 2018 года
Pro-ФОМС
Информационное издание
территориального фонда ОМС Челябинской области

Издание зарегистрировано в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Челябинской области. Свидетельство о регистрации СМИ ПИ №У74-01084 от 12 мая 2014 года.

Учредитель и издатель:
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области. 454080, г. Челябинск, ул. Труда, 156, тел. (351) 211-38-51.
E-mail: mail@foms74.ru, www.foms74.ru
Распространяется бесплатно.

Адрес редакции:
454080, г. Челябинск, ул. Труда, 156, тел. (351) 211-38-51. E-mail: pressa@foms74.ru
Главный редактор Д.А. Кравченко.
Дизайн и верстка:
РА PRO. Копейск, ул. Сутягина, 15, тел. (35139) 77-107

Отпечатано:
Газета опенчатано ЗАО «Прайм Принт Челябинск» с оригинал-макетов редакции. ИФН 7452043482. г. Челябинск, ул. Липовая, 63.
Тираж: 25 000 экз. Заказ №36972
Подписано в печать: 26.03.2018 г. по графику 16.00, фактически 16.00
Дата выхода: 27.03.2018 г.