



✦ актуально ✦

Вниманию жителей Челябинской области!

Владельцам полисов обязательного медицинского страхования ЗАО СМК «АСК-Мед» необходимо осуществить замену страховой компании.

Текст: Дина Кравченко

Центральный банк России приостановил действие лицензии на осуществление страхования закрытого акционерного общества «Страховая медицинская компания «АСК-Мед», филиал которой работает в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области под названием ЗАО СМК «АСК-Мед», филиал «ЮЖУРАЛ-АСКО». Данное решение вступило в силу 10 марта 2015 года. В связи с этим договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенный с данной компанией, автоматиче-

чески прекратил свое действие, страховая компания исключена из реестра СМО.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области информирует всех жителей, имеющих полисы ОМС, выданные ЗАО СМК «АСК-Мед», о том, что бесплатная медицинская помощь по ОМС им будет предоставляться без ограничений.

Тем не менее, в соответствии с федеральным законодательством, в случае приостановления или прекращения действия лицензии страховой медицинской организации, граждане обязаны осуществить замену страховой компании в течение двух месяцев, т. е. до 10 мая 2015 года!

Функции страховщика осуществляет ТФОМС Челябинской области, который будет оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным в данной компании лицам, и осуществлять защиту их прав на по-

лучение бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, жителям Челябинской области необходимо проверить, в какой страховой компании они застрахованы

по ОМС. Название страховой компании указано в полисе ОМС. Также проверить свой полис можно на сайте ТФОМС Челябинской области: www.foms74.ru – в разделе «Поиск вашего полиса».

✦ Если вы застрахованы в ЗАО СМК «АСК-Мед», вы должны:

1 Выбрать одну из шести страховых компаний, работающих в сфере ОМС Челябинской области: ООО СМК «Астра-Металл», Челябинский филиал ООО «СМК РЕКО-Мед», ООО «СК «Ингосстрах-М», ОАО «СК «СОГАЗ-Мед», ООО «АльфаСтрахование-ОМС» и ООО «СК «АСКОМед». Подробную информацию о компаниях можно найти на их официальных сайтах и на сайте ТФОМС Челябинской области: www.foms74.ru

2 Выбрать удобный для вас пункт выдачи полисов этой компании. Полный список адресов пунктов выдачи полисов также размещен на сайте: www.foms74.ru – в разделе «Справочная информация»

3 Обратиться в пункт выдачи с заявлением о выборе/замене страховой медицинской организации (форму заявления вы получите в страховой компании), к которому прилагаются следующие документы:

Новые требования к информации о работе медучреждений

Минздрав Российской Федерации издал приказ, регламентирующий размещение информации на сайтах медицинских организаций, а также о работе медучреждений, которую должны размещать на официальных интернет-ресурсах органы государственной власти субъектов РФ, местного самоуправления, медицинские учреждения и само министерство.

Источник: ria-ami.ru

Так, в приказе перечислены сведения о работе медицинских организаций, на основе которых будет проводиться независимая оценка качества оказываемых ими услуг. Эту информацию медучреждения должны публиковать на своих официальных сайтах. В частности, кроме данных о структуре, дате регистрации, лицензиях, телефонах, видах помощи, учреждения должны размещать информацию о правилах первичной записи на прием к специалистам, подготовки к диагностическим исследованиям, предоставления платных медицинских услуг и ценах на них. Также клиники должны информировать о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарств, других препаратах для медицинского применения, перечне льготных лекарств, а также препаратах для лечения пациентов по так называемым «Семи нозологиям». Кроме того, на сайтах медорганизации должны размещать подробные данные обо всех медицинских работниках: ФИО, должность, данные из диплома и сертификата, график приема. Обязательными стали и отзывы пациентов о работе клиник.

С приказом Минздрава РФ от 30 декабря 2014 года №956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» можно ознакомиться в справочно-правовых системах.

→ Категория граждан

→ Представляемые документы

Дети после государственной регистрации рождения и до 14 лет, являющиеся гражданами РФ	1. Свидетельство о рождении. 2. Документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка. 3. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), при наличии.
Граждане РФ в возрасте 14 лет и старше	1. Документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта). 2. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), при наличии.
Лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»	1. Удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ.
Иностранцы граждане, постоянно проживающие в РФ	1. Паспорт иностранного гражданина или иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина. 2. Вид на жительство. 3. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), при наличии.
Лица без гражданства, постоянно проживающие в РФ	1. Документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства. 2. Вид на жительство. 3. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), при наличии.
Иностранцы граждане, временно проживающие в РФ	1. Паспорт иностранного гражданина или 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 РФ. 2. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), при наличии.
Лица без гражданства, временно проживающие в РФ	1. Документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ или документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего личность. 2. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), при наличии.
Представитель застрахованного лица	1. Документ, удостоверяющий личность. 2. Доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со статьей 185 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации.

Если у вас полис единого образца (голубого цвета), его необходимо также взять с собой, в нем будет поставлена отметка о страховании в другой компании. Владельцы полисов ОМС ЗАО СМК «АСК-Мед», которые в течение двух месяцев

не сменяют страховую компанию, будут пропорционально распределены между всеми страховыми медицинскими организациями, действующими на территории Челябинской области.

По всем вопросам, связанным с заменой страховой медицинской организации, можно обратиться на бесплатную «горячую» линию ТФОМС Челябинской области по номеру: 8-800-300-1-003. «Горячая» линия ЗАО СМК «АСК-Мед»: 8(351) 734-00-00.

♦ ФОМС на страже ваших прав ♦

Право на здоровье

В России, в соответствии с законодательством, обширный перечень видов медицинской помощи по основным заболеваниям предоставляется в рамках обязательного медицинского страхования. Положения по оказанию бесплатной медицинской помощи жителям Челябинской области за счет средств ОМС (пациентам, имеющим действующие полисы ОМС) закреплены в Территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Текст: Ольга Титова

♦ Полис ОМС — гарантия здоровья

Программа обязательного медицинского страхования гарантирует бесплатное оказание первичной медико-санитарной помощи (включая профилактическую), скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной. С действующим полисом граждане могут пройти медицинскую реабилитацию после перенесенных заболеваний, а также имеют право на выполнение экстракорпорального оплодотворения, включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством РФ.

В соответствии с территориальной программой ОМС проводятся профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, включая взрослых граждан в возрасте 18 лет и старше (работающих и неработающих), обучающихся в образовательных учреждениях по очной форме; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных, принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. За счет средств обязательного медицинского страхования проводятся мероприятия по профилактике заболеваний, в том числе профилактические осмотры перед прививками; медицинские осмотры несовершеннолетних при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них; медицинские консультации несовершеннолетних при определении профессиональной пригодности; профилактические медицинские осмотры детей и подростков, связанных с организацией отдыха, оздоровления и занятости в каникулы; медицинские осмотры несовершеннолетних при поступлении в специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабили-



тации; ежегодные медицинские осмотры участников ВОВ и лиц, приравненных к ним по льготам (ветераны боевых действий в Афганистане и Чечне, жители блокадного Ленинграда, узники концлагерей, вдовы и родители ветеранов и т. д.).

♦ Право выбора

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациенту гарантируется выбор врача, с учетом его согласия.

Для получения первичной медицинской помощи гражданин вправе выбрать медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, но не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта-участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

- 1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;
- 2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбран-

♦ справка ♦

Территориальная программа ОМС является составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области (ежегодно утверждается постановлением Правительства Челябинской области).

ную им в соответствии с частью 2 статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с учетом порядков оказания медицинской помощи.

Лечащий врач назначается руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается пациентом с учетом согласия врача. Лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом медицинской организации (подразделения) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В таких случаях руководитель медицинской организации (либо ее подразделение) должен организовать замену лечащего врача.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации Территориальной программы принимает участие несколько медицинских организаций, оказывающих помощь по соответствующему профилю,

лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленной Территориальной программой.

При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в сети Интернет, о медицинской организации, осуществляемой ею медицинской деятельности и врачах, уровне их образования и квалификации.

До момента реализации права выбора врача и медицинской организации первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается гражданам в медицинских организациях, где они находились на медицинском обслуживании ранее.

♦ Лечение в стационаре

Если пациенту требуется медицинская помощь 24 часа в сутки и постоянное наблюдение врача, возникает необходимость лечения в стационаре в течение нескольких дней или недель. Больных помещают в палаты, им предоставляется спальное место и питание.

Если стационарное лечение требуется ребенку до четырех лет, одному из родителей

или другому взрослому члену семьи можно (бесплатно!) совместно находиться с ребенком в больнице с предоставлением спального места и питания, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний.

Не подлежит оплате за счет средств граждан размещение пациентов в маломестных палатах или боксах по медицинским или эпидемиологическим показаниям.

В случае необходимости проведения консультативных, диагностических или лечебных мероприятий, при невозможности их выполнения в медицинской организации, где на стационарном лечении находится пациент, ему бесплатно предоставляются услуги санитарного транспорта согласно схемам маршрутизации (осуществляется доставка больного в другую медицинскую организацию для выполнения соответствующих манипуляций).

♦ Сроки ожидания медицинской помощи

При вызове медицинского работника на дом время его ожидания не должно превышать восьми часов с момента регистрации вызова.

Оказание первичной неотложной помощи осуществляется в течение двух часов с момента обращения больного.

Ожидание приема врачей-специалистов при оказании первичной специализированной помощи в плановой форме составляет не более десяти рабочих дней с момента обращения.

Диагностические инструментальные и лабораторные исследования при оказании первичной медицинской помощи в плановой форме должны выполняться в течение десяти рабочих дней, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и ангиография в плановом порядке – в течение 30 рабочих дней.

Срок ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) плановой медицинской помощи в стационарных условиях составляет не более 30 календарных дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента в рекомендуемые лечащим врачом сроки).

Направление пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения осуществляется комиссией Министерства здравоохранения Челябинской области по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО.

Срок ожидания высокотехнологичной плановой медицинской помощи в стационарных условиях устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

♦ В ЗОНЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ♦

Обмен опытом

Руководители Территориальных фондов ОМС УрФО и Ярославской области обсудили актуальные вопросы организации системы обязательного медицинского страхования.

Текст: Елена Денисламова, Дина Кравченко

Продуманная оптимизация расходов при сохранении достигнутого уровня оказания медицинской помощи – ключевые задачи, которые стоят сегодня перед системой обязательного медицинского страхования. Об этом заявили руководители ТФОМС Уральского федерального округа на традиционном межрегиональном совещании, состоявшемся накануне в г. Магнитогорске Челябинской области.

– Один из важных вопросов повестки совещания – новые условия оплаты медицинской помощи из средств ОМС, – опытом и решениями субъекта поделился директор ТФОМС Свердловской области Валерий Шелякин. Всего за год с небольшим Средний Урал успел не только полностью перейти при оплате медицинской помощи от медико-экономических стандартов (МЭС) к клинико-статистическим группам (КСГ), но и принять участие в формировании нового, федерального справочника КСГ.

«С 2014 года мы перешли на механизм оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний вместо оплаты по медико-экономическим стандартам. При этом количество МЭС, внедренных в субъекте за 15 лет, составило почти пять тысяч, – рассказывает директор ТФОМС Свердловской области Валерий Шелякин. Нашим фондом, Минздравом, медицинским сообществом на этапе перехода к КСГ было принято решение о более глубокой дифференциации, чем это было предложено Федеральным фондом. Поэтому количество КСГ на первом этапе у нас составило 242 группы, которые были разделены на хирургические, терапевтические и комбинированные. Предложенный расширенный перечень еще на начальном этапе позволял учитывать длительность лечения, тяжесть состояния пациента, введение ему дорогостоящих препаратов и т. д. В 2015 году число КСГ, представленных в «региональном» справочнике, достигло 299 групп, то есть дифференциация и расширение перечня КСГ продолжают развиваться. И сегодня у нас уже есть возможность говорить о первых положительных результатах подобной работы».

Выделение отдельных групп и подгрупп в профилях «Онкология», «Травматология» и «Химиотерапия» при злокаче-



Внедрение оплаты по клинико-статистическим группам приводит к повышению эффективности системы здравоохранения за счет акцента на современные ресурсосберегающие технологии, уменьшению времени пребывания пациента в стационаре, росту объема амбулаторной «малой» хирургии

ственных новообразованиях позволило ошутимо повысить доступность для населения этих видов помощи. Один из самых показательных примеров – операции по эндопротезированию суставов. После внедрения измененных клинико-статистических групп во втором квартале 2014 года число таких манипуляций выросло в четыре раза, а средняя стоимость одного случая составила более 107 тысяч рублей.

Интересной региональной новацией стало выделение в отдельную группу случаев реабилитации пациентов, перенесших инсульты или черепно-мозговые травмы – этих КСГ не было в федеральном справочнике, однако их внедрение в Свердловской области было поддержано Федеральным фондом ОМС. Только с июля по декабрь прошлого года медорганизации предъявили к оплате в страховые компании свыше 800 случаев нейрореабилитации пациентов.

«Принятые субъектом решения, с одной стороны, позволили эффективно реализовать предложенную Федерацией модель, а с другой – не поставили под угрозу финансовую устойчивость лечебной сети, – продолжает Валерий Шелякин. Одно из подтверждений этому – уровень оплаты труда всех категорий медицинских работников. Так, к концу 2014 года врачи и работники с высшим медицинским образованием, получали в среднем

55 тысяч рублей ежемесячно, что почти на 90% превышает среднюю заработную плату по Свердловской области. Более 28 тысяч составила заработная плата среднего и 16 – младшего медицинского персонала. Мы рассчитываем, что в нынешнем году эта тенденция сохранится».

Впрочем, новации коснулись не только способов оплаты медицинской помощи. Так, уже во второй половине 2014 года в ряде субъектов РФ была введена система информирования граждан о стоимости оказанной им медицинской помощи. Руководители фондов единогласно признали наиболее успешным в данном направлении опыт работы ТФОМС Челябинской области.

Информирование граждан о стоимости оказанной им медицинской помощи позволит обеспечить прозрачность финансовых потоков в сфере здравоохранения

Несмотря на то что он официально не вошел в соответствующий пилотный проект Федерального фонда ОМС, руководством фонда было принято решение запустить с 1 ноября 2014 на территории Челябинской области пилотный проект по внедрению системы информирования пациентов о стоимости медицинской помощи, оказанной им в рамках программ ОМС.

Для участия в проекте были отобраны двенадцать различных организаций различной формы собственности, с разным уровнем технического оснащения, оказывающие медицинскую помощь как в поликлинических условиях, так и в условиях стационара, часть из которых имеют в своем составе клиничко-диагностические центры.

ТФОМС Челябинской области своим приказом утвердил порядок информирования, перечень медицинских организаций, участвующих в реализации пилотного проекта, а также состав рабочей группы, в которую вошли представители Территориального фонда ОМС, министерства здравоохранения области и медицинских организаций-пилотов.

При оказании медицинской помощи в поликлинике, информирование осуществляется непосредственно после посещения врача, осмотра, диагностического обследования или после завершения обращения к врачу, а в условиях круглосуточного или дневного стационара информи-

Информирование граждан о стоимости оказанной им медицинской помощи позволит обеспечить прозрачность финансовых потоков в сфере здравоохранения

рование осуществляется при выписке пациента.

Результатом информирования является выдача застрахованному лицу справки о стоимости медицинской помощи. Справка носит уведомительный характер, не является фискальным документом и не содержит печати и подписи. При этом медицинским учреждениям была предоставлена

возможность самостоятельного выбора способа информирования застрахованных лиц.

«Безусловно, самый большой поток пациентов проходит через наше амбулаторное звено. Именно здесь мы искали варианты информирования, которые были бы понятны пациентам, но при этом не усложняли работу врачей и среднего медперсонала, – рассказывает главный врач Медико-санитарной части г. Магнитогорска Марина Шеметова, – мы приняли решение не выдавать каждому на руки бумажную справку, а разместить информацию о стоимости медицинской помощи непосредственно в кабинете каждого специалиста. Информация об уведомлении вложена в виде опросного листа в амбулаторную карту каждого пациента, – таким образом, мы экономим и силы, и средства».

В рамках пилотного проекта был отработан механизм информирования пациентов о стоимости оказанных за счет государства медицинских услуг, выявлены слабые стороны и отмечены преимущества реализации проекта. На основании полученного опыта был разработан совместный с региональным Минздравом приказ, который распространил свое действие на все медицинские организации, осуществляющие свою деятельность в системе ОМС Челябинской области, он вступил в силу с 1 января 2015 года.

«Выдавая пациентам справки о стоимости оказанной им медицинской помощи, мы преследуем несколько важных целей, – поясняет директор ТФОМС Челябинской области Ирина Михалевская. С одной стороны, мы повышаем правовую грамотность населения и поддерживаем, что «бесплатная» медицинская помощь является бесплатной лишь условно. С другой стороны, эта мера дисциплинирует медицинские организации и повышает их финансовую ответственность и перед фондом, и перед пациентами».

Марина Шеметова дополняет: за те несколько месяцев, что система информирования застрахованных работает в медико-санитарной части, к ней не поступило ни одного обращения и ни одной жалобы от пациентов или самих врачей об сложности, связанные с получением или выдачей подобных справок.

Представители ТФОМС отметили, что с целью уменьшения нагрузки на медицинский персонал в рамках реализации данного проекта в будущем предполагается использование современных информационных технологий, в том числе переход на полную автоматизацию данного процесса и организация личного кабинета пациента на сайте фонда.

> Продолжение на стр. 4

+ В ЗОНЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ +

Обмен опытом

← Начало на стр. 3

«Несмотря на существенные различия в организации обязательного медицинского страхования, опыт УрФО может успешно внедряться и в средней полосе России», – заявил руководитель ТФОМС Ярославской области Станислав Погосов. Коллеги из Ярославля впервые прибыли на Южный Урал, чтобы познакомиться с работой фонда и медицинских организаций и рассказать о собственных достижениях. Одно из последних – реформирование амбулаторной службы Ярославской области. Созданная в Ярославле центральная клиничко-диагностическая лаборатория позволила оптимизировать нагрузку на аналогичные подразделе-

ния городских больниц, повысить качество проводимых исследований и снизить их себестоимость.

«Лаборатории при больнице теперь проводят только срочные анализы по жизненным показаниям, срок выполнения которых не превышает трех часов. Плановые, высокотехнологичные, редкие исследования выполняет центральная клиничко-диагностическая лаборатория. Она сама отвечает за логистику, наличие пробирок, их сохранность и тому подобное. Благодаря такой централизации средняя стоимость биохимического анализа крови составляет около 30 рублей, а иммунологического исследования – около 130 рублей. Но самое главное: взаимодей-



↑ Представители ТФОМС Челябинской области на совещании по актуальным вопросам организации системы ОМС

ствие между больницей, где лечится пациент, и центральной лабораторией проходит в закрытом цикле, что практически исключает возможность ошибки», – делится уникальным опытом начальник отдела ценообразования ТФОМС Ярославской области Елена Боброва.

Встречи сотрудников ТФОМС УрФО и других регионов России обещают стать регулярными. Среди важных вопросов, которые коллегам предстоит обсудить в ближайшее время, остаются особенности финансирования амбулаторно-поликлинического звена, а также организация и оплата медицинской помощи в труднодоступных и малонаселенных территориях.

+ В ЗОНЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ +

Вопрос-ответ

Специалисты регионального ТФОМС в рамках нашей постоянной рубрики продолжают отвечать на вопросы жителей Челябинской области о порядке оформления полисов обязательного медицинского страхования, получения бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС, правах и обязанностях пациентов. Если у вас возник вопрос, ответ на который вы хотели бы увидеть в рубрике «Вопрос-ответ», направляйте его на адрес электронной почты редакции газеты «ПроФОМС»: pressa@foms74.ru

? Требуется ли срочная замена медицинских полисов со старого на новый образец? Как долго будут действовать полисы старого образца?

➡ На сегодняшний день в сфере обязательного медицинского страхования в обращении находится три вида полисов: полисы старого образца (выполненные на желтых бланках), полисы единого образца (выполненные на голубых бланках) и электронные полисы в форме пластиковой карты. Все они являются одинаково действующими на территории РФ, и срок их действия не ограничен! Никакой плановой замены полисов в Челябинской области не проводится. Лю-

бая информация об обязательной замене бумажных полисов на электронные не соответствует действительности.

? Имеет ли право поликлиника отказать в обслуживании по старому полису?

➡ Полисы старого образца имеют точно такую же силу, как и полисы нового образца, и срок их действия не ограничен, поэтому медицинские учреждения не вправе отказывать в оказании медицинской помощи. Если такая ситуация все-таки произошла, необходимо немедленно обратиться в свою страховую компанию, контакты которой указаны в вашем полисе, или в ТФОМС Челябинской области.

? Сколько стоит замена старого полиса на новый, в форме пластиковой карточки?

➡ Оформление полиса обязательного медицинского страхования как бумажного, так и электронного образца является для гражданина полностью бесплатным.

? Что делать, если при получении медицинской помощи по полису ОМС медики предлагают воспользоваться платными медицинскими услугами?

➡ Вам могут предложить получить отдельные медицинские услуги за плату в той же поли-

клинике или больнице, где Вы проходите лечение, или в ином медицинском учреждении. Это будет законным, если медицинским учреждением будут соблюдены все нижеперечисленные требования:

- при заключении договора потребителю предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию пациента, включая в том числе:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных

препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой спе-

циализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

- предложение о предоставлении платных медицинских услуг согласуется с Вашим желанием получить их на платной основе;

- с вами заключается договор оказания платных медицинских услуг;

- платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия пациента (или законного представителя пациента), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Если у Вас возникли вопросы и сомнения при получении предложения оплатить медицинские услуги, немедленно свяжитесь со своей страховой компанией для консультации и поддержки в разрешении ситуации.

«Горячая» линия по правам пациентов: 8-800-300-1-003

Группа в «ВКонтакте»: www.vk.com/foms74

№3 (39), март 2015
ПроФОМС
 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 №ТУ74-01084 от 12 мая 2014 г.

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, pressa@foms74.ru
 Главный редактор: Д.А. Кравченко
Дизайн и верстка:
 PARK creative agency
 тел.: (351) 210-11-62.

Отпечатано:
 ОАО «Челябинский Дом печати», 454080, г. Челябинск, Свердловский пр., 60
Тираж: 25 000 экз. Заказ №948
Подписано в печать: 18.03.2015 г.
 по графику – 17-00, фактически – 17-20.
Дата выхода: 20.03.2015 г.