



+ Интервью +

Страховые представители встали на защиту южноуральцев

Тема здоровья – одна из самых животрепещущих для жителей всей страны, и Челябинская область – не исключение. Вопросы повышения доступности и качества медицинской помощи являются стратегической задачей развития системы здравоохранения. Директор ТФОМС Челябинской области Ирина Михалевская в интервью изданию «Pro-ФОМС» рассказала о новых механизмах защиты прав пациентов в сфере ОМС, контроле качества бесплатной медицинской помощи, правах и обязанностях застрахованных граждан, а также о роли нового института страховых представителей, который призван помогать пациентам при получении бесплатной медицинской помощи.

Текст: Дина Кравченко
Фото: Ольга Панова

– К сожалению, жители региона не всегда довольны качеством оказываемых медицинских услуг, это связано как с организационными вопросами – очередями, дефицитом талонов, так и с уровнем медицинской помощи. Учитывая, что пациент – не просто больной, а клиент, приносящий деньги медицинскому учреждению, может ли он отстоять свои права в случае их нарушения?

– Система обязательного медицинского страхования – одна из составляющих здоровья всей нации, и чтобы эта система работала надежно и эффективно, Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» четко регламентирует права и обязанности всех ее участников. А участниками ОМС являются: Федеральный фонд ОМС, распределяющий финансовые средства; страховые медицинские организации, которые обеспечивают население полисами, выполняют функции страхователя; медицинская организация, непосредственно оказывающая медицинскую помощь; конечно, сам пациент как потребитель медицинских услуг.

– Какие права и обязанности закреплены за пациентами этим законом?

– Первой и главной обязанностью пациента является своевременное уведомление своего страхового представителя о смене адреса, фамилии. Это необходимо для того, чтобы при обращении в медицинскую организацию избежать ситуации, когда в едином регистре застрахованных лиц, с помощью которого регистраторы идентифицируют пациента, содержатся неточные персональные данные. Поэтому обязательным условием устранения дефектов обращения в регистратуру является наличие паспорта и полиса, содержащих актуальные данные пациента. Несмотря на то, что в течение почти 25 лет существования системы ОМС форма медицинских полисов неоднократно менялась, сегодня на территории РФ действительны все виды полисов, и все они обязательны к приему в медучреждениях. При этом система постоянно развивается, и бланк полиса дополняется новыми сведениями. Поэтому на сегодняшний день так называемые полисы старого образца – в Челябинской области они желтого цвета, – выдача которых прекратилась в 2010 году, уже не



Ирина Михалевская,
директор ТФОМС
Челябинской области

содержат необходимой полноты сведений о застрахованном лице.

– Что же необходимо сделать владельцам «старых» полисов?

– Конечно, старые желтые полисы объективно нуждаются в замене. Актуализация сведений об адресе, данных паспорта, ФИО гражданина позволит страховым компаниям актуализировать базу данных застрахованных лиц. Чем более грамотно пациент выполняет свои обязанности в сфере ОМС, то есть своевременно уведомляет свою страховую компанию о произошедших изменениях, тем меньше проблем у него возникает при обращении в медицинскую организацию.

– Недавно стало известно о выдаче на территории Челябинской области чипированных полисов ОМС в форме пластиковой карты. В чем их преимущество перед старыми бумажными полисами?

– Чипированный полис – действительно новая в сфере ОМС форма полиса, которая обязательна для приема во всех медицинских организациях. Он является ярким воплощением все более широкого использования информационных технологий в здравоохранении, и существенно упрощает работу с данными пациента. Если человек приходит в больницу с таким полисом, на нем уже есть фотография, которая позволяет быстро идентифицировать гражданина и упростить сам процесс обращения в регистратуру. Кроме того, регистратуры поликлиники должны быть обеспечены считывающими устройствами, что позволит автоматизировать поиск пациента и вести электронную медицинскую карту. Недавно был подписан указ Президента о переходе на электронный больничный лист, что, в общем, говорит о том, что мы постепенно переходим на электронные базы данных в здравоохранении, которые позволяют истории болезни «ходить за пациентом». Медицинская организация, куда обращается пациент, сможет через защищенные каналы связи получить всю информацию об обращениях, диагнозах и заболеваниях этого пациента.

– Кому сегодня выдаются электронные полисы?

– В первую очередь, как я уже говорила, мы делаем акцент на замене желтых полисов, также чипированные полисы выдаются новорожденным малышам. Нужно понимать, что переход на электронные носители – это не бессистемный процесс, а управляемая работа, требующая существенных финансовых расходов государства. Поэтому приоритет тем застрахованным, полисы которых нуждаются в актуализации данных.



– Как дорого обойдется получение пластикового полиса пациентам?

– Для пациентов это ничего не стоит. Оформление пластиковых полисов – это обязательство государства в лице страховых медицинских организаций, которые за свой счет приобрели оборудование и материалы, необходимые для их изготовления.

Хочу отметить, что Челябинская область – одна из передовых в отношении автоматизации и информатизации государственных услуг, поэтому наш регион один из 19 в РФ был включен в федеральный пилотный проект по выдаче электронных полисов ОМС.

– Об обязанностях пациента мы поговорили, давайте перейдем к теме его прав. Как пациент может защитить свои права в случае их нарушения?

– Когда с нами случается, к примеру, дорожно-транспортное происшествие, мы даже не задумываемся о том, что нам необходимо позвонить своему страховому агенту и зафиксировать наступление страхового случая. Завершающий переход на страховую медицину в России предполагает примерно такой же подход. Если вас как застрахованное лицо не устраивают сроки, условия или качество оказания бесплатной медицинской помощи, или с вас необоснованно взимают денежные средства за оказание медицинской помощи по полису ОМС, вы всегда можете позвонить в страховую компанию, номер которой указан в вашем полисе, либо в единый контакт-центр ОМС по бесплатному номеру телефона 8-800-300-1-003. Чаще всего на уровне горячей линии пациент может решить возникнувший вопрос в достаточно короткие сроки.

– Может ли страховая компания вернуть пациенту необоснованно взятые с него в больнице деньги?

– Начну с того, что в Челябинской области ежегодно принимается такой документ как Территориальная программа государственных гарантий, в которой установлен перечень видов, форм и условий оказания медицинской помощи, перечень заболеваний, лечение которых осуществляется бесплатно и т.д. В том числе, в ней указаны предельные сроки ожидания медицинской помощи, например, приема участкового врача, узкого специалиста, томографии, УЗИ и т.д.

Все время говорю про формулу «надо и хочу». Она означает что все, что пациенту «надо», то есть показано и назначено лечащим врачом, должно быть оказано в рамках Территориальной программы бесплатно. В случае если пациент хочет получить услугу при отсутствии на то показаний и, следовательно, объективной необходимости, или его не устраивают сроки ожидания, – это уже «хочу», и по полису эта услуга не оплачивается. Он вправе получить данную услугу быстрее, в более комфортных условиях, но уже за свой счет.

При этом хочу обратить внимание на то, что когда пациент заключил договор с медицинской организацией на оказание платных медицинских услуг, то есть выразил свое согласие заплатить за медицинскую помощь, официально внес деньги, а потом осознал, что мог бы получить эту помощь бесплатно, то в этом случае мы бессильны. Поэтому если вы сомневаетесь в обоснованности взимания с вас денежных средств, прежде чем платить, наберите своего страхового представителя и удостоверьтесь, что данная услуга действительно может быть оказана только на платной основе.

– Ирина Сергеевна, по вашему мнению, нет ли опасности подмены бесплатной медицинской помощи платными услугами с целью заработать как можно больше средств на пациентах?

– Медицинская организация – это не некое аморфное учреждение, а конкретные люди – врачи, фельдшеры, медицинские сестры и т.д. И ни для кого не секрет, что некоторые из них совмещают работу в государственном медицинском учреждении и в частной клинике. Законом это не запрещено. Поэтому говорить здесь нужно о поступках конкретных людей. Скажем так: у каждого специалиста существует свой порог справедливости.

Продолжая тему, могу сказать, что это далеко не системные погрешности. Приведу ряд цифр. Только в круглосуточном стационаре за 2016 год было пролечено 637 тыс. больных. При этом количество жалоб, поступивших в ТФОМС Челябинской области на некачественное оказание медицинской помощи, – около 630, то есть всего 0,1%.

Окончание на стр. 2

+ Интервью +

Страховые представители встали на защиту южноуральцев

Продолжение. Начало на стр. 1

Конечно, каждая жалоба требует глубоко специального рассмотрения, за каждой из них стоит человеческая история, нередко – трагедия. Мы понимаем, что ситуация, когда человек неизлечимо болен и страдает, и тем более уходит из жизни, требует к себе особенного внимательного и бережного отношения. Согласно законодательству, при поступлении обращения пациента, запросов судебных или правоохранительных органов, врачи-эксперты проводят тщательную проверку каждого такого случая, оценивают качество оказанной медицинской помощи, медицинскую документацию и дают свое заключение. Так вот, по результатам данной работы только треть из поступивших 630 жалоб была признана обоснованной. Цифры говорят сами за себя. Нарушения в оказании медицинской помощи – это не системная проблема нашего здравоохранения.

Вообще, с моей точки зрения, у россиян такой менталитет, что говорить «спасибо» мы не умеем! Ведь те 630 тыс. вылеченных больных, получивших качественную медицинскую помощь, как правило, не выражают благодарность медицинским работникам.

– **Какие актуальные проблемы сегодня существуют в сфере здравоохранения?**

– Да, у нашего здравоохранения есть определенные проблемы: прежде всего, это входная зона – регистратура. Недаром министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова говорит о необходимости обеспечения комфортной зоны ожидания как о приоритетной задаче. Если пациентам будут обеспечены широкий спектр возможностей записи к врачу и получения талона, оперативное предоставление справочной информации, минимизация очередей за счет грамотной организации рабочего времени и пространства, то ощущение заботы, внимания и уровень удовлетворенности медицинской помощью у наших жителей станут значительно выше. В совершенствовании этой работы огромную роль играют страховые представители.

– **Каковы их функции?**

– Сегодня страховой представитель – это законодательно закрепленный участник в сфере ОМС, функционал которого существенно расширен по сравнению с традиционными обязанностями специалистов страховых компаний. Он должен присутствовать в каждой поликлинике и прилагать все усилия для предотвращения конфликтных ситуаций между пациентами и медицинскими работниками, решать все вопросы, которые возникают у пациентов, выявлять проблемные места в работе регистратуры, вырабатывать рекомендации для повышения эффективности работы поликлиники.

Отмечу, что договор на оплату медицинской помощи заключен у страховой компании с медицинской организацией. Поэтому страховая компания обязана контролировать качество оказания медицинской помощи своим застрахованным гражданам, именно к ее функционалу относится выявление проблем в работе медицинских организаций, составление актов, проведение экспертиз качества медицинской помощи, наложение штрафов на медицинские организации. Кроме того, новые компании должны взаимодействовать с главным врачом с целью выработки единых подходов к улучшению качества работы медицинской организации. В свою очередь территориальный фонд ОМС контролирует работу страховых компаний. Когда выявляются нерешенные проблемы, невыявленные дефекты в оказании медицинской помощи, мы наказываем уже страховую компанию с применением серьезных штрафных санкций.

– **Как пациенту распознать страхового агента в поликлинике? Он находится в отдельном кабинете, за стойкой или в регистратуре?**

– Сегодня на территории Челябинской области свою деятельность в сфере ОМС осуществляют

пять страховых компаний. Одна из них региональная и четыре – федеральные. Жители Челябинской области застрахованы во всех пяти компаниях, и будет совершенно нерационально, если представители всех пяти страховых компаний будут находиться в каждой поликлинике. Поэтому на совместных совещаниях вместе со страховыми компаниями мы пришли к следующему решению. В соответствии с графиком, количеством прикрепленного к поликлинике населения и численностью застрахованных лиц в страховых компаниях, в каждой поликлинике должны быть организованы рабочие места страховых представителей без явных признаков принадлежности к страховой компании. Они будут выполнены в едином формате, стиле, символике и с общим названием «Страховой представитель». Обязательным атрибутом является яркий информационный стенд, на котором будет размещена информация о сроках, объемах, условиях предоставления медицинской помощи по ОМС, а также отличительный знак, который выделял бы страхового представителя из массы посетителей, пациентов и медицинских работников.

Нам также очень бы хотелось, чтобы рядом с инфостойками, расположенными во многих медицинских организациях, стояли не регистраторы, а именно страховые представители. Они помогали бы гражданам освоить эту по большому счету нехитрую технику и записаться на прием к врачу, взять талон при помощи современных электронных технологий, в том числе и через Интернет. На мой взгляд, это позволит сократить очереди в регистратуру.

Таким образом, без существенных финансовых затрат, за счет грамотных организационных решений, мы повысим уровень оказания медицинской помощи, а значит, и удовлетворенность пациентов.

– **То есть страховой агент будет помощником пациента, его гидом по миру бесплатной медицины?**

– Безусловно, должен быть. Часто страховых представителей называют поверенными, потому что они должны знать особенности медицинского учреждения, своих застрахованных, владеть их контактными данными и даже номерами мобильных телефонов. В случае необходимости позвонить и напомнить, к примеру, о необходимости диспансерного наблюдения, визита к врачу, прохождении исследования или отреагировать на жалобу пациента. Это все реализуемо, передовой опыт других регионов доказывает это. Такой подход к работе с застрахованными гражданами мы внедряем у себя в Челябинской области.

– **Сейчас в регионе реализован проект по адресному информированию населения о необходимости прохождения диспансеризации, кому жители могут верить и как уберечься от мошенников?**

– Диспансеризация, с моей точки зрения, – очень важная тема. Научные исследования в сфере здравоохранения показывают, что состояние здоровья человека только на 10–15% зависит от качества оказания медицинской помощи, и на 80–85% – от отношения человека к своему здоровью. Программа диспансеризации как раз предназначена для контроля состояния своего здоровья. Один раз в три года каждый гражданин имеет возможность пройти профилактическое обследование абсолютно бесплатно по полису ОМС.

К сожалению, сложно убедить людей, которые чувствуют себя здоровыми, в необходимости профилактических обследований. Так, за пять месяцев 2017-го года годовой план по диспансеризации выполнен только на 29,4%. Для того чтобы активизировать профилактическую работу и убедить население воспользоваться этой возможностью, на помощь пришли страховые представители. Путем телефонных обзвонков, смс-информирования, почтовой рассылки они приглашают жителей на диспансеризацию.



В то же время справедливо уточнение по поводу известных случаев мошенничества. К сожалению, известны случаи, когда частные клиники приглашают жителей пройти полный спектр обследований под предлогом диспансеризации. Люди, поддавшись на рекламу, обращаются туда, тут же появляется огромный перечень заболеваний, либо потребность в серьезном лечении и обследовании, которые, естественно, предлагаются за немалые деньги. Именно для этой цели наших граждан уговаривают туда прийти. Ну а дальше идут совсем неприличные манипуляции вплоть до заключения кредитных договоров и т.п. Хочу подчеркнуть, что никакого отношения к государственной программе диспансеризации и системе ОМС подобные действия не имеют.

Итак, чтобы не попасться на удочку всевозможных мошенников, нужно помнить три простых правила.

Первое правило: к вам обращаются только в случае, если вы подлежите диспансеризации, то есть ваш возраст делится на три (в 2017 году это люди 1921, 1924, 1927, 1930, 1933, 1936, 1939, 1942, 1945, 1948, 1951, 1954, 1957, 1960, 1963, 1966, 1969, 1972, 1975, 1978, 1981, 1984, 1987, 1990, 1993, 1996 годов рождения).

Второе правило: звонок, письмо или сообщение должны быть только от страховой компании, полис которой у вас на руках.

Третье правило: пригласить на диспансеризацию вас могут только в государственное или муниципальное учреждение здравоохранения, к которому вы прикреплены. Частные клиники в данной программе не участвуют!

Если все перечисленные правила соблюдены, и страховой представитель действительно пригласил вас на диспансеризацию, то мы рекомендуем не отказываться от своего законного права. Для этого нужно обратиться с полисом и паспортом в поликлинику по месту жительства. Хочу отметить, что сегодня предусмотрена возможность выбрать удобное для гражданина время её прохождения. Совместно с Министерством здравоохранения Челябинской области и с медицинскими организациями, исходя из пожеланий наших граждан, мы выстраиваем работу поликлиник даже в выходные дни. Поэтому важно откликнуться на предложение страховой компании пройти диспансеризацию, а мы со своей стороны приложим максимум усилий, чтобы минимизировать ваши временные потери на её прохождение.

– **Кто может воздействовать на частные компании, которые заманивают пациентов, готовя им финансовую ловушку, может ли на них повлиять ФОМС или правоохранительные органы?**

– Как я уже говорила, когда клиент добровольно подписывает договоры или какие-либо другие документы, он должен понимать, что берет на себя определенные финансовые обязательства, и, соответственно, ответственность. Потом ему уже очень сложно чем-либо помочь. Медицинские организации, предпринимающие подобные действия, не входят в систему ОМС. Кроме того, у нас нет законодательного права на основании жалоб пациентов выходить в эти клиники на проверки. Конечно, если человеку причинен ущерб, он может обратиться в следственные органы, прокуратуру или суд, но лучше не попадать в такие ситуации. Предварительно проверить поступившую информацию вы всегда сможете, позвонив в свою страховую компанию или в фонд ОМС.

– **Какие советы вы можете дать нашим читателям, куда обращаться пациентам в случае возникновения сложной ситуации и можно ли получить консультацию специалиста фонда?**

– Фонд принимает как устные, так и письменные обращения граждан. По области работают семь филиалов, которые также проводят работу с населением. На сайте фонда <http://foms74.ru/> обращение можно отправить через интернет-приемную, задать вопрос с помощью сервиса обратной связи, продолжает работу и контакт-центр в сфере ОМС 8-800-300-10-03. Кроме того, на сайте представлен ряд полезных для пациентов сервисов. Вы можете проверить действие вашего полиса, узнать, в какой страховой компании вы застрахованы, к какой медицинской организации вы относитесь, и какой участковый врач вас обслуживает. На сайте реализован удобный сервис поиска медицинской организации по определенным критериям, с указанием того, какой вид помощи вам необходим, по какому заболеванию, какой специалист нужен, какая форма обращения – поликлиника, стационар и т.д. За счет этого сервиса мы информируем население о возможностях медицинских организаций, о видах предоставления медицинской помощи.

Кроме того, хотела бы дать расхожий, но очень действенный совет – вести здоровый образ жизни. Не забывайте, что наше здоровье зависит от нас самих. К сожалению, особенность нашего менталитета обращаться к врачу только когда болит, как в шутку говорят «за 15 минут до смерти», приводит к запущенности заболеваний. Профилактика и раннее выявление заболеваний позволяют оперативно оказать медицинскую помощь и обеспечить жителям более качественный уровень жизни. Будьте здоровы!

+ Ход реформы +

«Открытая» поликлиника сэкономит время врачам и пациентам

В Челябинской области стартовал пилотный проект, призванный улучшить доступность первичной медико-санитарной помощи и повысить уровень удовлетворенности пациентов работой поликлиник.

Текст: Дина Кравченко

+ Суть проекта

Проект «Открытая поликлиника» был разработан на основе федеральной программы «Бережливая поликлиника», призванной оптимизировать работу регистратуры, медработников, лабораторий, исключить непродуктивные действия и ненужные предметы из рабочего процесса.

Бережливое производство в здравоохранении – система, ориентированная на повышение удовлетворенности пациентов, доступности оказываемых услуг, увеличение эффективности и устранение существующих временных, финансовых и иных потерь, а также организацию рабочих мест, обеспечивающую безопасность и комфортность работы сотрудников.

Ключевым принципом бережливого производства является непрерывность производственного потока, без задержек и очередей, за счет равномерности загрузки медицинских работников, рациональной логистики пациентов, персонала и информации, оптимальной планировки площадей медицинских организаций и устранения всех видов потерь.

Новый подход к организации работы поликлиник был разработан при участии госкорпорации "Росатом", которая изучала опыт организации производства крупнейших заводов мира, таких как «Тойота» и «Боинг». Технологии бережливого производства были впервые опробованы Министерством Здравоохранения РФ в ноябре 2016 года в нескольких медицинских учреждениях Ярославля, Калининграда и Севастополя.

+ Рабочие места – по принципу 5с

Согласно новой концепции, с целью оптимизации и повышения эффективности

работы медицинского персонала, их рабочий процесс следует организовать согласно принципам 5с – системы, которая направлена на правильную, эффективную и безопасную организацию рабочего места.

5с – это условное обозначение пяти ключевых принципов, каждый из которых начинается с буквы С.

+ Бережливая диспансеризация

Необходимость организационного совершенствования процесса диспансеризации взрослого населения с применением методов бережливого производства связана с недостаточной удовлетворенностью потребителей медицинских услуг как процессом, так и результатами диспансеризации.

Принципы бережливой поликлиники предлагают механизм совершенствования проведения профилактических мероприятий путем обеспечения необходимой производительности благодаря минимизации необоснованных перемещений, ведению процесса с гибкой численностью персонала.

Важной составляющей эффективной организации процесса диспансеризации, по мнению разработчиков, является четкая маршрутизация движения пациентов и медицинской документации. Это позволит сделать сам процесс понятным и логичным как для врачей, так и для пациентов.

+ Первый опыт

По информации министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой проект, реализованный в Ярославле, показал такие результаты, что регион решил распространить его еще на 10 учреждений.

«Наша задача до конца 2020 года не менее 200 поликлиник включить в этот проект во всех федеральных округах нашей страны», – сказала Вероника Скворцова.

По словам министра, одна из основных задач проекта – создание доброжелательной атмосферы в учреждении. «Создание в учреждениях первичного уровня, которые работают в амбулаторных условиях, особой атмосферы дружелюбия, комфортности



Проведение диспансеризации в ОКБ №4 г. Челябинска

Проект нацелен на оптимизацию регистратуры, организацию работы отделения неотложной помощи, участкового врача и профилактических осмотров, диспансеризации в отделении профилактики, оптимизацию движения потока пациентов в поликлинике «от входа до выхода», сокращение времени на получение льготных лекарственных препаратов.

для населения и желания приходить туда и заниматься собственным здоровьем, в том числе, когда нет очевидных проблем – с профилактических позиций», – пояснила глава Минздрава.

+ В Челябинске поликлиники станут «открытыми»

На территории Челябинской области в рамках внедрения «бережливых технологий» в медицине стартовал пилотный проект «Открытая поликлиника», для участия в котором были отобраны восемь медицинских организаций, различных по мощностям и обслуживаемому населению: крупные областные учреждения здравоохранения, детские поликлиники, городские больницы и одна взрослая поликлиника.

Проект нацелен на оптимизацию регистратуры, организацию работы отделения неотложной помощи, участкового врача и профилактических осмотров, диспансеризации в отделении профилактики, оптимизацию движения потока пациентов в поликлинике «от входа до выхода», сокращение времени на получение льготных лекарственных препаратов.

План мероприятий и комплекс решений по реализации проекта принимаются на заседании рабочей группы, в состав которой входят представители регионального минздрава, территориального фонда ОМС Челябинской области, Южно-Уральского государственного медицинского университета, медицинских организаций и страховых компаний.

Перед участниками проекта стоит задача по поиску оптимальной модели организации работы поликлиники, её апробации и распространению на остальные медицинские организации.

«Хочу отметить, что к реализации пилотного проекта «Открытая поликлиника» привлечены страховые компании, работающие в сфере ОМС», – отметила директор ТФОМС Челябинской области Ирина Михалевская. – На них возложены важные функции по контролю за оказанием амбулаторной помощи, подготовке предложений по улучшению её качества, организации информирования граждан о необходимости прохождения профилактических мероприятий, проведению опросов застрахованных лиц на предмет доступности и качества оказания медицинской помощи, участию в разработке эффективной маршрутизации пациентов и т.д. Благодаря тесному межведомственному взаимодействию, мы сможем сделать наши поликлиники более доступными и открытыми для пациентов, сократить очереди, повысить эффективность работы медицинского персонала».

+ Результаты

Результаты, ожидаемые от реализации федерального проекта «Бережливая поликлиника» и созданных на его основе региональных программ, связаны с повышением доступности и, следовательно, качества оказания первичной медико-санитарной помощи. В первую очередь, должно сократиться время ожидания пациентом медпомощи, что, безусловно, повысит уровень удовлетворенности получением услуг. Для медицинских работников проект обеспечит равномерное сбалансированное распределение функциональных обязанностей, в том числе внутри отдельных структурных подразделений. Немаловажным результатом станет оптимизация информационных потоков, маршрутизации пациентов в зависимости от цели посещения медицинской организации, эффективное использование площади поликлиник и т.д. Выполнение поставленных задач сделает организацию лечебно-диагностических процессов прозрачной и понятной как пациентам, так и медицинским работникам и руководителям медучреждений.

+ Справка +

Система 5с включает пять основополагающих принципов, шагов для повышения уровня организации рабочих мест:

1. **Сортировка.** Разделение вещей на нужные и ненужные и избавление от последних. Все материалы, оборудование и инструмент дифференцируются на «нужные всегда», «нужные иногда» и «ненужные вообще». Суть принципа – удалять ненужное.
2. **Соблюдение порядка.** Четкое определение места для каждого предмета. При этом расположение предметов должно отвечать требованиям безопасности, качества и эффективной работы. Вещи должны располагаться согласно использованию в текущем процессе, то есть чем чаще предмет используется, тем ближе находится.
3. **Содержание в чистоте.** Наведение и поддержание чистоты рабочей зоны: уборка рабочего места, чистка оборудования, устранение неисправностей и выработка мер по их предотвращению.
4. **Стандартизация.** Создание понятных визуальных стандартов и инструкций: выработанный порядок фиксируется визуально. С первого взгляда должно быть понятно, что где лежит, что есть в наличии, а что отсутствует на своем месте.
5. **Совершенствование.** Постоянное совершенствование своего рабочего места: стремление к соответствию принципам системы 5с, улучшение разработанных стандартов, обучение персонала и следование разработанным правилам.

+ ТФОМС на страже ваших прав +

В интересах пациентов

Обеспечение и защита прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования является одним из приоритетных направлений работы территориального фонда ОМС Челябинской области. О порядке, особенностях и результатах этой работы рассказывает начальник отдела по обеспечению и защите прав застрахованных граждан регионального ТФОМС Наталья Реминец.

Текст: Виктория Виноцкая, Ольга Титова
Фото: Даниил Уфимцев

+ Механизмы защиты

— Каждый гражданин, застрахованный в системе обязательного медицинского страхования, имеет возможность направить в ТФОМС Челябинской области обращение, связанное с соблюдением его прав и законных интересов в сфере ОМС: по вопросам качества медицинской помощи, отказа в ее оказании, необоснованного взимания денежных средств и т.д.

Основополагающий документ, регулирующий работу с обращениями граждан, — Федеральный закон от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ», ставит жесткие требования к письменному обращению гражданина. Так, для того чтобы обращение было принято к рассмотрению, оно в обязательном порядке должно содержать:

1. Наименование ведомства, в которое направляется обращение, или фамилию, имя, отчество соответствующего должностного лица, или его должность;
2. Фамилию, имя, отчество (при наличии) заявителя;
3. Почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ;
4. Суть предложения, заявления или жалобы;
5. Личную подпись и дату.

Кроме того, в случае необходимости в подтверждение своих доводов гражданин может приложить к письменному обращению документы, материалы либо их копии.

В соответствии с законодательством работа с письменными обращениями граждан ведется в течение 30 дней со дня регистрации. При необходимости сроки рассмотрения обращения могут быть продлены.

Для специалистов фонда работа с каждым обращением — это, прежде всего, его детальный анализ, в том числе определение причин, обстоятельств, обоснованности поступившей жалобы. После проверки обращения на соответствие установленным требованиям, а также идентификации обратившегося гражданина, разрабатывается план мероприятий, необходимый для рассмотрения обращения и предоставления максимально полного ответа заявителю.

Если обращение содержит вопросы, требующие разъяснения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, специалисты направляют заявителю ответ, в котором подробно разъясняются его права, обязанности в сфере ОМС, и предоставляют всю необходимую информацию, которая будет полезна гражданину в решении его вопроса.

Если поступившее обращение связано с жалобой на качество медицинской помощи, отказ в ее оказании, взимание денежных средств, специалисты инициируют проведение экспертизы качества медицинской помощи. Для этого они перенаправляют обращение в ту страховую медицинскую организацию, в которой застрахован заявитель. После поступления результатов экспертизы в ТФОМС Челябинской



Наталья Реминец,
начальник отдела
по обеспечению и защите прав
застрахованных граждан
ТФОМС Челябинской области

области гражданину направляется письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов, в том числе с указанием результатов проведенной экспертизы. При необходимости специалисты в области защиты прав застрахованных граждан запрашивают дополнительные документы и материалы в государственных органах, органах местного самоуправления и других ведомствах.

Нужно отметить очень важный нюанс. Если заявитель обращается по поводу своего умершего родственника, ответ будет дан с предусмотренными законодательством ограничениями: сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, и разглашение этих сведений, в том числе после смерти человека, не допускается, за исключением запросов следственных органов, прокуратуры или суда. Таким образом, после получения ответа о завершении экспертного контроля от ТФОМС Челябинской области, заявитель вправе обратиться в любой из вышеуказанных органов, по запросу которого будут представлены результаты экспертизы.

Хочу обратить внимание жителей Челябинской области на целесообразность направления обращения в то ведомство, в компетенцию которого входит рассмотрение поставленных вопросов. Это позволит сократить сроки и повысить качество подготовки ответа.

Например, в компетенцию ТФОМС Челябинской области не входят вопросы получения талонов, записи на прием к врачу, наличия очереди в медицинских учреждениях, получения направлений на медико-социальную экспертизу (для получения инвалидности), льготного лекарственного обеспечения, оказания медицинской психиатрической и наркологической помощи, обеспечения медицинских организаций расходными материалами (в т.ч. бахилами, шприцами, перевязочным материалом и пр.). Большая часть данных вопросов — организационные, и их решение находится в компетенции руководства медицинских организаций и органов управления здравоохранением. Как правило, подобные вопросы, в первую очередь, решаются на уровне руководства медицинских организаций: главных врачей или их заместителей, заведующих поликлиниками и т.п.

Обращения, не относящиеся к деятельности ТФОМС Челябинской области, в течение 7 дней со дня регистрации направляются по компетенции в соответствующее ведомство, а гражданина в обязательном порядке уведомляют о переадресации его обращения.

+ Статистика обращений

В течение 2016 года специалистами отдела по обеспечению и защите прав застрахованных граждан ТФОМС Челябинской области было рассмотрено 482 письменных обращения.

При этом необходимо отметить, что фонд взаимодействует с правоохранительными органами: по их запросам в рамках доследственных и прокурорских проверок проводится экспертный контроль, в том числе по жалобам застрахованных.

В структуре поступивших обращений более 50% занимают вопросы, связанные с качеством оказания медицинской помощи, в том числе в связи со случаями летальных исходов. На втором месте вопросы организации оказания медицинской помощи. Они, как правило, перенаправляются по компетенции в соответствующие органы, при этом специалисты предоставляют заявителю общую юридическую консультацию. Около 5% поступивших обращений связаны с отказом в оказании медицинской помощи, 4% — по вопросам взимания денежных средств, 4% — с выбором медицинской организации и врача.

Кроме того, единичные обращения граждан касаются вопросов этики и деонтологии медицинских работников, оказания платных медицинских услуг, оснащения медицинских организаций и т.д.

+ Куда обращаться?

Если вы полагаете, что медицинская помощь оказана вам некачественно, либо не в полном объеме, или вам отказывают в оказании бесплатной медицинской помощи, в первую очередь, вы можете обратиться непосредственно к руководству медицинской организации с устной или письменной претензией. В случае если ваш вопрос не был решен, необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию, в которой вы застрахованы (адрес и телефон указаны в полисе ОМС, а также на официальном сайте ТФОМС Челябинской области <http://foms74.ru/> в разделе «Справочная информация»). Страховая компания — основной защитник и помощник пациента в сфере соблюдения прав на оказание бесплатной медицинской помощи по ОМС. Поэтому специалисты страховой компании обязаны оказать вам содействие в урегулировании вашей проблемы. В случае необходимости проведения контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, иными словами, экспертизы качества медицинской помощи, может понадобиться направление письменного обращения в страховую медицинскую организацию.

Для оперативного решения вопросов общего характера вы можете обратиться по телефону единого контакт-центра в сфере ОМС Челябинской области 8-800-300-10-03 (звонок бесплатный).

Вместе с тем, вы имеете возможность направить письменное обращение в территориальный фонд ОМС Челябинской области на имя директора ТФОМС Челябинской области Ирины Сергеевны Михалевской или через интернет-приемную на сайте фонда. Также прием обращений граждан проводят органы управления здравоохранением: Министерство здравоохранения Челябинской области, управление здравоохранения муниципального образования, территориальный орган Росздравнадзора по Челябинской области. Контактные данные, в том числе адрес и телефон, в обязательном порядке размещаются на официальных сайтах ведомств.

+ Цифры и факты +

Диспансеризацию детей-сирот стали оплачивать по повышенным тарифам

Соответствующее решение было принято на заседании сторон, подписывающих Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области.

Текст: Дина Кравченко



С 1 июня тарифы на оплату законченного случая диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей, оставшихся без попечения родителей, увеличены в среднем на 34%.

Необходимо отметить, что диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования. Диспансеризация проводится ежегодно в целях своевременного выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

Финансирование профилактических мероприятий проводится за счет средств обязательного медицинского страхования. Необходимо отметить, что тарифы на оплату диспансеризации дифференцированы в зависимости от пола и возраста ребенка, так как включают разный объем проводимых исследований.

Например, стоимость одного законченного случая первого этапа диспансеризации девочек в возрасте до 2 лет увеличилась на 35,5%: с 3,1 тыс. руб. до 4,2 тыс. руб.; девочек в возрасте 3–4 лет — на 71,6%: с 2,4 тыс. руб. до 4,2 тыс. руб.; мальчиков в возрасте 5–6 лет — на 61,1%: с 2,6 тыс. рублей до 4,2 тыс. руб. и т.д.

«Сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей — одна из наиболее уязвимых категорий населения, — говорит директор ТФОМС Челябинской области Ирина Михалевская. — Государство в первую очередь должно заботиться о сохранении здоровья таких детей. Повышение тарифов на проведение диспансеризации способствует повышению качества проводимых профилактических мероприятий, стимулирует медицинские организации к более активному и качественному проведению данной работы. Важно, что вовремя выявленные заболевания позволяют начать своевременное лечение и снизить негативные последствия для здоровья ребенка, что дает ему возможность полноценно жить и развиваться».

Сумма дополнительного финансирования на эти цели до конца года за счет средств обязательного медицинского страхования предусмотрена в размере 9 млн рублей.

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

Группа «ВКонтакте»: www.vk.com/foms74

№7 (65), июль 2017
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 №ТУ74-01084 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 отпечатана ЗАО «Прайм Принт Челябинск» с оригинал-макетов редакции. ИНН 7452043482. г. Челябинск, ул. Линейная, 63.
Тираж: 25 000 экз. Заказ №33465
Подписано в печать: 28.07.2017 г. по графику 16.00, фактически 16.00
Дата выхода: 31.07.2017 г.