

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ КАМЧАТСКОГО КРАЯ

ПРИКАЗ № 38

от « 19 » марта 2017г.

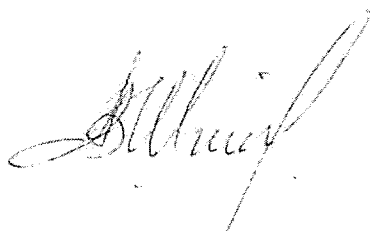
Об утверждении регламента работы
Контакт-центра в сфере обязательного
медицинского страхования
в Камчатском крае

В целях совершенствования системы персонифицированного учета и контроля за рассмотрением обращений застрахованных лиц и результатами их рассмотрения, повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования, а также во исполнение приказов Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 декабря 2015г. № 271, от 11 мая 2016 г. N 88, от 7 апреля 2011 г. N 79 (в ред. Приказа ФФОМС от 09.09.2016 N 169)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Регламент работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования Камчатского края (Приложение №1).
2. Утвердить Форму единого электронного журнала обращений граждан и порядок обмена сведениями о поступивших и рассмотренных обращениях граждан между территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями (Приложение №2).
3. Утвердить Перечень вопросов граждан, носящих справочный и/или консультационный характер (типовые вопросы) (Приложение № 3).
4. Начальникам отделов территориального фонда и руководителям страховых медицинских организаций обеспечить деятельность Контакт-центра согласно прилагаемому Регламенту.
5. Признать утратившим силу приказ территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края № 6 от 27.01.2016 «О создании Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае»
6. Контроль за исполнением Приказа возложить на начальников отдела организации ОМС и отдела информационного обеспечения территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края.

Директор



В.А. Шитов



Утвержден
приказом территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Камчатского края
от 29 марта 2017г. № 38

РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ КОНТАКТ-ЦЕНТРА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий Регламент устанавливает порядок работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования Камчатского края (далее - Регламент, Контакт-центр) и разработан на основании приказов Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 N 271 «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования», от 11.05.2016 N 88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи», от 07.04.2011 N 79 (в ред. Приказа ФФОМС от 09.09.2016 N 169) «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

1.2. Участниками реализации Регламента являются территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края и страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края (далее – Участники).

1.3. Информация о функционировании и режиме работы Контакт-центра должна размещаться на официальных сайтах Участников, а также на информационных стендах медицинских организаций.

1.4. Регистрация и учет поступивших обращений граждан, а также результатов их рассмотрения осуществляется Участниками в электронном журнале обращений граждан, требования и порядок ведения которого устанавливаются приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (далее - Электронный журнал).

1.5. Электронный журнал - это совокупность записей в базе данных информационной системы.

1.6. Работа с обращениями граждан, зарегистрированными в

Электронном журнале, осуществляется в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 N 271 "О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования", Федеральным законом от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации", Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 06.05.2009г. №1530/30-3/и "О рекомендациях Федерального фонда обязательного медицинского страхования о порядке рассмотрения обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования".

1.7. Организационно-техническое обеспечение Контакт-центра осуществляет территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края (далее - территориальный фонд).

1.8. Финансовое обеспечение Контакт-центра производится за счет средств Участников.

1.9. Территориальный фонд обеспечивает работу с обращениями граждан через администраторов и операторов контакт-центров.

Администратор контакт-центра - сотрудник территориального фонда, осуществляющий контроль и анализ работы с обращениями граждан, разрабатывающий предложения и мероприятия, направленные на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи, эффективной работы страховых медицинских организаций.

Оператор 1 уровня - специалист контакт-центра, непосредственно осуществляющий работу (сканирование входящих звонков, переадресация, фиксирование) с устными обращениями граждан, поступившими по телефону "Горячей линии", в соответствии со стандартами обслуживания по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера (типовые вопросы).

Оператор 2 уровня - специалист территориального фонда, деятельность которого направлена на предоставление информации по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера, на принятие мер в случае неудовлетворенности застрахованных лиц доступностью и качеством медицинской помощи в медицинских организациях, а также работой страховых медицинских организаций.

1.10. Страховые медицинские организации обеспечивают работу с обращениями граждан через страховых представителей всех уровней.

Страховой представитель 1 уровня - специалист страховой медицинской организации, предоставляющий по устным обращениям граждан информацию по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера (типовые вопросы).

Страховой представитель 2 уровня - специалист страховой медицинской организации, деятельность которого направлена на организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им

медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, на защиту прав и законных интересов, застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования.

Страховой представитель 3 уровня - специалист-эксперт страховой медицинской организации или эксперт качества медицинской помощи, деятельность которого направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия их информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи.

1.11. Страховые представители 2 и 3 уровней в рамках принятия мер, направленных на соблюдение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема, качества, в установленные сроки имеют право:

обращаться за содействием к уполномоченным должностным лицам медицинских организаций и получать от них необходимую информацию для урегулирования и оперативного разрешения спорных ситуаций;

обращаться в территориальный фонд и Министерство здравоохранения Камчатского края для получения информации, необходимой для защиты прав застрахованных лиц;

обращаться в территориальный фонд, к руководителю медицинской организации в случае непредоставления уполномоченными должностными лицами медицинских организаций информации и непринятия ими мер, необходимых для разрешений спорных ситуаций.

1.12. Страховая медицинская организация по результатам работы страховых представителей всех уровней имеет право вносить предложения по вопросам совершенствования деятельности медицинских организаций.

1.13. Операторы и страховые представители всех уровней на каждом этапе работы с обращениями граждан заполняют соответствующие поля Электронного журнала.

1.14. Администратор контакт-центра осуществляет контроль за работой с обращениями граждан, поступившими в территориальный фонд, а также напрямую в страховую медицинскую организацию через Электронный журнал посредством информационного ресурса.

2. ЗАДАЧИ

2. Основными задачами Контакт-центра являются:

организация защиты прав и интересов граждан на получение бесплатной медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края и по базовой программе обязательного медицинского страхования Российской Федерации;

информирование граждан об их правах на получение качественной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования;

организация "обратной связи" с населением Камчатского края для получения информации, касающейся вопросов обязательного медицинского страхования;

обеспечение объективного, всестороннего и своевременного рассмотрения обращений по вопросам медицинского страхования, а также пресечения нарушений законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

3. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ

3. Основными функциями Контакт-центра являются:

прием и рассмотрение обращений граждан;

оказание справочно-консультативной помощи гражданам;

принятие мер в случае неудовлетворенности граждан доступностью и качеством медицинской помощи в медицинских организациях;

обобщение и анализ обращений граждан с целью выявления системных проблем в сфере обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края с информированием Министерства здравоохранения Камчатского края, Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, коллегиальных органов в сфере обязательного медицинского страхования;

проведение телефонных опросов граждан по итогам рассмотрения их обращений;

разработка предложений и мероприятий, направленных на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи, на основании аналитических материалов по обращениям граждан.

4. ПОРЯДОК РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН, ПОСТУПИВШИМИ ПО ТЕЛЕФОНУ "ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ"

4.1. "Горячая линия" представляет собой комплекс организационных мероприятий и технических средств, обеспечивающих возможность устного обращения граждан по телефону по вопросам в сфере обязательного медицинского страхования.

4.2. Для реализации работы "Горячей линии" Участники выделяют линии с прямыми городскими и федеральными телефонными номерами и организуют интеграцию имеющихся служб информирования населения с многоканальными телефонами.

4.3. Обращения граждан поступают на телефонные номера:

для территориального фонда - 8(4152)43-41-67,

для Камчатского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» - 8(4152)41-54-80, 8(4152)41-54-83, 8(800)100-07-02,

для филиала ООО «Страховая компания «ДАЛЬ-РОСМЕД» в г. Петропавловск-Камчатский - 8(4152)23-14-97, 8(4152)41-54-80, 8(800)-700-17-47.

Режим работы операторов и страховых представителей в рабочие дни определяется внутренним распорядком Участников. В выходные и праздничные дни режим работы операторов обеспечивается круглосуточно в режиме автоответчика.

Участники самостоятельно обеспечивают обязательную аудиозапись и хранение входящих и исходящих звонков по своим телефонам.

4.4. При обращении гражданина в контакт-центр территориального фонда оператор 1 уровня регистрирует обращение в Электронном журнале в установленном порядке и самостоятельно отвечает на вопросы, носящие справочный характер (типовые вопросы) в соответствии с утвержденными сценариями.

4.5. В случае получения вопроса, не относящегося к типовым, а также при необходимости привлечения специалиста более высокой квалификации для ответов на поставленные вопросы оператор 1 уровня производит переадресацию обращения застрахованного лица к оператору 2 уровня по классификации вопроса или страховому представителю 2 уровня по вопросам, требующим незамедлительного решения.

4.6. Обращения граждан, поступившие по телефону в территориальный фонд и зарегистрированные в Электронном журнале, по вопросам, не относящимся к типовым и не требующим незамедлительного решения, но ответы на которые требуют привлечение специалистов более высокой квалификации, оператором 1 уровня посредством информационного ресурса направляются оператору 2 уровня и страховому представителю 1 уровня для дальнейшей работы с обращением.

4.7. Страховой представитель 1 уровня осуществляет работу (сканирование входящих звонков, переадресация, фиксирование в Электронном журнале) непосредственно с обращениями граждан, поступившими на телефонный номер, а также посредством информационного ресурса в соответствии со стандартами обслуживания, установленными, в том числе настоящим Регламентом.

4.8. Страховой представитель 1 уровня ведет учет устных обращений в Электронном журнале в установленном порядке.

4.9. В случае если обращение гражданина поступило посредством информационного ресурса из территориального фонда обязательного медицинского страхования, страховой представитель 1 уровня в установленном порядке осуществляет маршрутизацию обращения к страховому представителю 2 или 3 уровней, или другому сотруднику страховой медицинской организации по компетенции.

4.10. Страховой представитель 1 уровня самостоятельно отвечает на вопросы граждан, носящие справочно-консультационный характер (типовые вопросы) в соответствии с утвержденными сценариями, а также информирует обратившихся застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

4.11. В случае получения вопроса, не относящегося к типовым, а также при необходимости привлечения специалиста более высокой квалификации

для ответов на поставленные вопросы страховой представитель 1 уровня производит переадресацию обращения гражданина к страховому представителю 2 уровня.

4.12. В случае если гражданин обращается в контакт-центр страховой медицинской организации или территориального фонда повторно по обращению, находящемуся в работе, страховой представитель или оператор 1 уровня осуществляет маршрутизацию обращения соответственно к страховому представителю 2 или 3 уровней или оператору 2 уровня, ответственному за данное обращение, или другому ответственному сотруднику страховой медицинской организации, территориального фонда.

4.13. После ответа на поставленные гражданином вопросы операторы и страховые представители 1-го и 2-го уровня ставят отметку об исполнении обращения. Ответственное лицо, назначенное приказом руководителя территориального фонда (для операторов территориального фонда) или страховой медицинской организации (для страховых представителей) ставит отметку о снятии с контроля данного обращения, после чего обращение закрывается Администратором Контакт-центра.

4.14. В случае если при рассмотрении обращения гражданина, поступившего по телефону "Горячей линии", требуется дополнительная информация, оператор и страховой представитель 2-го уровня вправе оформить поступившее обращение гражданина для отсроченного ответа, зафиксировав необходимую контактную информацию о гражданине.

4.15. Оператор и страховой представитель 2-го уровня должны принять все необходимые меры для полного и оперативного ответа на поставленные вопросы, в том числе, с привлечением других лиц. В случае если для ответа на поставленные вопросы необходимо проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, либо направление дополнительных запросов в сторонние организации, оператор и страховой представитель 2-го уровня должны предложить гражданину обратиться за необходимой информацией в письменном виде.

4.16. По результатам работы с обращением гражданина, поступившим по телефону "Горячей линии", оператор и страховой представитель 2-го уровня доводят до сведения гражданина информацию о принятых мерах по данному обращению.

4.17. В случае если в обращении гражданина, поступившем по телефону "Горячей линии", содержатся вопросы, решение которых не входит в компетенцию участников Регламента, участвующих в работе "Горячей линии", гражданину дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться для разрешения интересующего вопроса.

4.18. Участники осуществляют обмен информацией при организации работы "Горячей линии" с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации, регламентирующего отношения, связанные с обработкой персональных данных.

4.19. Администратор Контакт-центра осуществляет контроль за работой

с обращениями граждан, поступившими по телефону "Горячей линии", осуществляемой операторами и страховыми представителями 1-го и 2-го уровней, оценивает уровень их работы.

4.20. При наличии в обращении нескольких вопросов маршрутизация каждого из вопросов, содержащихся в таком обращении, осуществляется отдельно по компетенции.

5. ПОРЯДОК РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН, ПОСТУПИВШИМИ В ПИСЬМЕННОЙ ИЛИ УСТНОЙ ФОРМЕ НА ЛИЧНОМ ПРИЕМЕ, ПО ПОЧТЕ, ТЕЛЕГРАФУ, ФАКСИМИЛЬНОЙ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫМ СИСТЕМАМ ОБЩЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

5.1. Регистрация обращений, поступивших в письменной форме или форме электронного документа, осуществляется операторами и страховыми представителями 1-го и 2-го уровня в электронном журнале.

5.2. Регистрация устных обращений, поступивших на телефоны Участников Регламента, которые не относятся к телефонам "Горячей линии", также осуществляется в электронном журнале, при этом способ обращения отмечается как «личный прием (устное)».

5.3. Данные по заявлениям (в т.ч.: о выборе и замене страховой медицинской организации, ходатайства о регистрации в качестве застрахованного лица, об идентификации в качестве застрахованного лица, о выдаче дубликата (переоформлении) полиса обязательного медицинского страхования) отражаются в установленных отчетных формах, при этом не подлежат регистрации в электронном журнале.

5.4. Регистрация устных обращений граждан при личном приеме осуществляется в электронном журнале в установленном Участниками порядке. В случае если изложенные в устном обращении факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема. В остальных случаях, либо если поставленные посетителем вопросы требуют дополнительного изучения или проверки, лицо, уполномоченное осуществлять личный прием граждан, обязано принять письменное заявление, разъяснив посетителю причины, по которым просьба не может быть разрешена в процессе приема, порядок и срок рассмотрения письменного обращения.

6. ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ЕДИНОГО ЭЛЕКТРОННОГО ЖУРНАЛА ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН

6.1. Участники реализации Регламента ведут электронный журнал, расположенный на защищенном информационном ресурсе территориального фонда.

6.2. Необходимым условием ведения электронного журнала является возможность электронной базы вести автоматический учет и регистрацию

технологических операций по введению данных с автоматическим присвоением порядкового номера каждому обращению граждан, а также формированием электронных записей, соответствующих форме электронного журнала, и формированием требуемых отчетных форм.

6.3. Круг ответственных лиц, имеющих право доступа и внесения информации в электронный журнал, а также осуществляющих функционирование и техническое обеспечение работы Контакт-центра определяется руководством Участников Регламента.

С целью обеспечения организации и персонифицированного учета разграничение доступа к обращениям осуществляется следующим образом:

- Администратор Контакт-центра имеет доступ ко всем обращениям, находящимся на рассмотрении у Участников;

- страховые медицинские организации имеют доступ к обращениям, находящимся на рассмотрении в данной страховой организации;

- территориальный фонд имеет доступ к обращениям, находящимся на рассмотрении в территориальном фонде.

6.4. В электронном журнале подлежат регистрации обращения граждан, поступающие в территориальный фонд и страховые медицинские организации в письменной форме (по почте, телеграфу, факсимильной связи, информационным системам общего пользования) или устной форме (на личном приеме, по "Горячей линии", на телефоны Участников Регламента, которые не относятся к "Горячей линии").

6.5. На каждое обращение создается индивидуальная регистрационно-контрольная карта.

6.6. Регистрационно-контрольная карта (далее - РКК) - это совокупность записей базы данных информационной системы, содержащих поля для ввода информации в соответствии с поступившим устным (письменным) обращением.

При регистрации обращения, ответственный работник заполняет все поля электронной карточки, проверяет соответствие введенных данных информации, изложенной в обращении, и нажимает кнопку "Сохранить".

6.7. После сохранения обращение приобретает статус "В работе".

Работа с обращением, в том числе внесение новых записей (заполнение полей), осуществляется в режиме "Редактирование". Если по обращению проведены все необходимые мероприятия, и заполнено поле "Принятые меры" - работа по обращению считается законченной, вопросам в обращении присваивается статус «Выполнен».

Информация, внесенная в поля, должна излагаться лаконичным и точным языком, позволяющим сделать однозначные выводы о проведенных мероприятиях.

6.8. Оператор ставит отметку об исполнении обращения. Ответственное лицо, назначенное приказом руководителя территориального фонда (для операторов территориального фонда) или страховых медицинских организаций (для страховых представителей) ставит отметку о снятии с контроля обращения, после чего обращение закрывается Администратором

Контакт-центра.

Администратор Контакт-центра осуществляет контроль работы с обращениями граждан, после "закрытия" обращения Администратором Контакт-центра, редактирование внесенных в электронный журнал записей становится недоступным.

7. ПОРЯДОК АНАЛИТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН И КОНТРОЛЯ

7.1. Участники ежемесячно осуществляют проведение работ по обработке, анализу и систематизации поступающих обращений граждан. Ответственные за проведение указанных работ лица назначаются приказом директора территориального фонда из числа операторов территориального фонда и приказом руководителя страховых медицинских организаций из числа страховых представителей.

7.2. Администратор Контакт-центра на основании данных, полученных от ответственных лиц, в соответствии с п.7.1., п.7.2.1, ежеквартально подготавливает аналитические материалы о работе с обращениями граждан (письменными и устными), в том числе по результатам контроля работы операторов и страховых представителей 1-го и 2-го уровня за отчетный период.

7.2.1 Аналитические материалы о работе с письменными и устными обращениями граждан в страховых медицинских организациях (ежемесячно нарастающим итогом), а также результаты контроля работы страховых представителей 1-го и 2-го уровня (ежеквартально) Администратору Контакт-центра представляют руководители страховых медицинских организаций.

7.3. Аналитические материалы доводятся Администратором Контакт-центра до Участников в целях подготовки и направления медицинским организациям, Министерству здравоохранения Камчатского края, иным организациям рекомендаций по устранению (недопущению) случаев нарушения прав застрахованных лиц.

7.4. Сведения о поступивших обращениях и результатах их рассмотрения используются при составлении территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями отчетов по форме ведомственного статистического наблюдения «Права граждан» «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденной приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.08.2011 № 145, по форме «Об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи», утвержденной приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.12.2016 № 287.

Утвержден
приказом территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Камчатского края
от ___ марта 2017 г. № ___

1. Форма единого электронного журнала обращений граждан
Минимальный перечень полей Единого электронного журнала обращений граждан

N	Наименование	Обязательность	Пояснения
1	Уникальный номер обращения	Да	В формате R_YU MMDD_NNNNNNN 'R' - идентификатор отправителя: реестровый номер СМО или Код субъекта РФ для ТФОМС 'YU MMDD' - год, месяц и день поступления обращения 'NNNNNNN' - порядковый номер обращения. '_' - символ-разделитель
2	Дата поступления обращения	Да	
3	Время поступления обращения	Усл.	Не заполняется для письменных обращений. Указывается местное время.
4	Источник поступления	Да	1 - Напрямую от заявителя 2 - ФОМС; 3 - Иной федеральный орган исполнительной власти; 4 - Территориальный орган исполнительной власти; 5 - Иная организация.
5	Наименование организации поступления	Усл.	Заполняется в случае письменного обращения от источников 3 - 5.
6	Способ обращения	Да	1 - По телефону "горячей линии"; 2 - По сети "Интернет"; 3 - Личное письменное обращение; 4 - Личный прием (устное); 5 - Почтовым сообщением.
7	Вид обращения	Да	1 - Консультация 2 - Жалоба 3 - Предложение

			4 - Заявление 5 - Вопросы, не относящиеся к сфере ОМС.
8	Тема обращения	Да	В соответствии с Перечнем тем обращений (Таблица И.4).
9	Содержание обращения	Усл.	Может не заполняться для устных Консультаций (за исключением Консультаций с темой "Другое").
10	Жалоба	Усл.	Заполняется в случае Жалобы в письменном виде. 1 - Обоснованная 1.1. - Обоснованная, удовлетворенная в досудебном порядке 1.2 - Обоснованная, удовлетворенная в судебном порядке 2. - Необоснованная
11	Организация, ответственная за работу с обращением	Да	- ТФОМС - СМО
12	Код организации, ответственной за работу с обращением	Да	Двухзначный код для ТФОМС, реестровый номер для СМО
13	Линия принятия обращения	Да	1 - ОП1 2 - ОП2 3 - СП1 4 - СП2 5 - СП3 6 - Администратор (или иной сотрудник ТФОМС)
14	Сотрудник, принявший обращение	Да	Выбирается из справочника.
15	Линия рассмотрения обращения	Усл.	Заполняется в случае маршрутизации обращения на специалиста другого уровня. 1 - ОП1 2 - ОП2 3 - СП1 4 - СП2 5 - СП3 6 - Администратор (или иной сотрудник ТФОМС)
16	Сотрудник, ответственный за работу с обращением	Усл.	Заполняется в случае маршрутизации обращения на специалиста другого уровня. Выбирается из справочника.
17	Дата окончания срока рассмотрения обращения	Да	Устанавливается в соответствии с плановым сроком рассмотрения.

18	Дата фактического закрытия обращения	Усл.	Заполняется для закрытых обращений.
19	Результат обращения	Усл.	1. Дана консультация. 2. Рассмотрено обращение. 3. Заявление удовлетворено. 4. Заявление не удовлетворено. 5. Рассмотрена жалоба. 6. Звонок переадресован. 7. Обращение переадресовано в другую организацию. 8. Рассмотрено предложение.
Информация о заявителе (при устном обращении заполняется при наличии сведений)			
20	Фамилия	Усл.	
21	Имя	Усл.	
22	Отчество	Усл.	
23	Дата рождения	Усл.	Заполняется в случае обращения по поводу себя.
24	ЕНП	Усл.	Заполняется в случае обращения по поводу себя при отсроченном ответе или жалобе.
25	Страховая принадлежность	Усл.	Реестровый номер СМО Заполняется в случае обращения по поводу себя при отсроченном ответе или жалобе.
26	Тип документа, удостоверяющего личность	Усл.	Заполняется в случае обращения по поводу себя при отсроченном ответе или жалобе. При наличии ЕНП может не указываться.
27	Серия документа, удостоверяющего личность	Усл.	
28	Номер документа, удостоверяющего личность	Усл.	
29	Адрес для обратного ответа	Усл.	
30	Контактный телефон	Усл.	Указывается 11-значный номер телефона.
31	Адрес электронной почты	Усл.	
Информация о лице, в отношении которого поступило обращение (при устном обращении заполняется при наличии сведений)			
32	Фамилия	Усл.	

33	Имя	Усл.	
34	Отчество	Усл.	
35	Дата рождения	Усл.	
36	ЕНП	Усл.	
37	Страховая принадлежность	Усл.	Реестровый номер СМО
38	Тип документа, удостоверяющего личность	Усл.	Заполняется в случае обращения по поводу себя при отсроченном ответе или жалобе. При наличии ЕНП может не указываться.
39	Серия документа, удостоверяющего личность	Усл.	
40	Номер документа, удостоверяющего личность	Усл.	

2. Обмен сведениями о поступивших и рассмотренных обращениях граждан между ТФОМС и СМО

Информация о поступивших и/или рассмотренных обращениях и жалобах от граждан и результатах работы с ними передается от СМО в ТФОМС и из ТФОМС в СМО ежедневно при наличии сведений.

Информационный обмен осуществляется на основе online-взаимодействия.

3. Темы обращений граждан

Код	Тема обращения
1.1.	Об обеспечении полисами ОМС
1.1.2.	Об обеспечении полисами ОМС иностранных граждан, беженцев
1.2.	О выборе МО в сфере ОМС
1.3.	О выборе врача
1.4.	О выборе и замене СМО
1.5.	Об идентификации в качестве застрахованного лица
1.6.	Об организации работы МО
1.7.	О санитарно-гигиеническом состоянии МО

1.8.	О материально-техническом обеспечении МО
1.9.	Об этике и деонтологии медицинских работников
1.10.	О КМП
1.11.	О лекарственном обеспечении при оказании медицинской помощи
1.12.	Об отказе в оказании медицинской помощи по программам ОМС
1.13.	О получении медицинской помощи по базовой программе ОМС вне территории страхования
1.14.	О взимании денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС, в том числе:
1.14. 1.	О видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи по программам ОМС
1.15.	О платных медицинских услугах, оказываемых в МО
1.16.	О неисполнении СМО обязанностей по договору
1.17.	О неправомерном распространении персональных данных
1.18.	О выделении средств для оплаты МП в рамках ТПГТ оказания бесплатной медицинской помощи
1.19.	О вопросах, не относящихся к сфере ОМС
1.20.	Другие
1.21.	Предложения

Приложение № 3

Утвержден
приказом территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Камчатского края
от ___ марта 2017г. № ___

Перечень тематических сценариев с типовыми вопросами и ответами

№ п/п	Вопрос	Ответ	Должностное лицо, уполномоченное на предоставление ответа
Тема 1.1 «Об обеспечении полисами ОМС»			
1	Какие права дает застрахованному гражданину страховой медицинский полис ОМС?	Полис обязательного медицинского страхования является документом, подтверждающим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи медицинскими организациями на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на определенный год, и на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в субъекте РФ	Оператор, страховой представитель I уровня
2	Как оформить полис ОМС единого образца?	Для получения полиса ОМС Вы можете лично или через своего представителя (по доверенности) обратиться в ближайший пункт выдачи полисов в Вашем регионе. Полис ОМС единого образца оформляется на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, к которому прилагаются соответствующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется в письменной форме или машинописным способом и подается в страховую медицинскую организацию.	Оператор, страховой представитель I уровня

		Для оформления полиса ОМС предлагаем обратиться в ближайший для Вас офис СМО.	
3	Что такое сервис «Электронная заявка»	«Электронная заявка» - удобный сервис по оформлению полиса ОМС единого образца. Заполнив электронную заявку на сайте компании, Вы сможете значительно ускорить процесс оформления полиса ОМС. По результатам заполнения всех форм электронного сервиса с Вами свяжется специалист СМО и подберёт ближайший к Вам офис и удобное время для подачи необходимых документов без очереди.	Оператор, страховой представитель I уровня
4	Какие документы нужны для получения полиса ОМС?	<p>Для регистрации в качестве застрахованного лица необходимы следующие документы или их заверенные копии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации: <ul style="list-style-type: none"> • свидетельство о рождении; • документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; • СНИЛС (при наличии); 2. Для граждан Российской Федерации в возрасте от четырнадцати лет и старше: <ul style="list-style-type: none"> • документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта); • СНИЛС; 3. Для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»: <ul style="list-style-type: none"> • 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 Российской Федерации. 4. Для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации: <ul style="list-style-type: none"> • паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; • вид на жительство; • СНИЛС (при наличии); 	Оператор, страховой представитель I уровня

5. Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- вид на жительство;
- СНИЛС (при наличии);

6. Для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;
- СНИЛС (при наличии);

7. Для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;
- либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;
- СНИЛС (при наличии);

8. Для иностранных граждан стран-членов ЕАЭС (Республика Беларусь, Республика Казахстан, Республика Армения, Кыргызская Республика), временно проживающих в Российской Федерации (в соответствии с приказом МЗ РФ от 27.10.2016 №803н):

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- СНИЛС;
- трудовой договор трудящегося государства-члена ЕАЭС;
- отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания;

		<p>9. Для представителя застрахованного лица:</p> <ul style="list-style-type: none"> • документ, удостоверяющий личность; • доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со ст. 185 ч. 1 Гражданского кодекса Российской Федерации; <p>10. Для законного представителя застрахованного лица:</p> <ul style="list-style-type: none"> • документ, удостоверяющий личность и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя; <p>11. Для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания); • сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать); <p>наименование территориального фонда.</p>	
5	Как долго оформляется полис ОМС?	В день подачи в страховую медицинскую организацию заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации Вы получаете временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС единого образца. Оно действительно до момента получения полиса ОМС, но не более тридцати рабочих дней с момента его выдачи. Временное свидетельство удостоверяет право на бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая. По истечении срока действия временного свидетельства Вы обязаны получить полис ОМС единого образца.	Оператор, страховой представитель I уровня
6	Кто может получить полис ОМС за гражданина?	Для получения полиса ОМС застрахованные лица вправе обратиться в страховую медицинскую организацию через своего представителя. Для представителя застрахованного лица необходимо представить: документ, удостоверяющий личность застрахованного лица, представителя (или их заверенные копии), СНИЛС застрахованного лица и доверенность на регистрацию в качестве представителя застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленную в соответствии со статьей 185 ч. I Гражданского кодекса РФ. Для законного представителя застрахованного лица доверенность не требуется.	Оператор, страховой представитель I уровня
7	Полис выдан до	Согласно Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском	Оператор,

	31.12.2010 г. Нужно ли его менять?	страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования «старого» образца остается действующим до замены его на полис ОМС единого образца. Для получения полиса ОМС единого образца Вы можете лично или через своего представителя обратиться в ближайший пункт выдачи полисов ОМС в Вашем регионе.	страховой представитель I уровня
8	Как быть застрахованному, если он потерял полис?	В случае утери полиса ОМС, выданного СМО, Вы можете обратиться с необходимым набором документов (паспорт, или иной документ, удостоверяющий личность, снимок) в один из пунктов выдачи полисов в Вашем регионе и подать заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса.	Оператор, страховой представитель I уровня
9	Где и каким образом получить полис ребенку?	<p>В соответствии с частью 3 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.</p> <p>Полис ОМС на ребенка Вы можете получить в страховой медицинской организации путем подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации с приложением следующих документов или их заверенных копий.</p> <p><i>Уточняющий вопрос:</i> Пожалуйста, укажите возраст ребенка</p> <p>Обратиться в любую СМО, из числа работающих в сфере обязательного медицинского страхования на территории региона, одному из законных представителей ребенка, с заявлением о выборе страховой медицинской организации, к которому приложить следующие документы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации: <ul style="list-style-type: none"> – Свидетельство о рождении; – Документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; – СНИЛС (при наличии); 2. Для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и до совершеннолетия: 	Оператор, страховой представитель I уровня

		<ul style="list-style-type: none"> - Документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта); - СНИЛС; - Паспорт законного представителя. <p>Подробная информация о страховых медицинских организациях находится на сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края: www.kamtfoms.ru</p>	
10	Как узнать о готовности полиса ОМС?	<p>В соответствии с пунктом 51 Правил ОМС Федеральный фонд и территориальные фонды организуют информирование застрахованных об изготовленных полисах через официальные сайты территориальных фондов.</p> <p>Кроме того, для уточнения информации о готовности полиса ОМС единого образца, Вам необходимо обратиться в тот пункт выдачи полисов ОМС, в котором Вы подавали заявление и получили временное свидетельство, а также по телефону, указанному во временном свидетельстве.</p> <p>Если при подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации предоставите сотрудникам свой номер мобильного телефона и дадите согласие на получение указанного смс-сообщения, Вы получите смс-сообщение о готовности полиса.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
11	Сменил место работы /устроился на работу/ уволился, нужно ли менять полис ОМС?	<p>Менять полис ОМС при смене места работы, возвращать его работодателю при увольнении, а также получать новый при устройстве на новую работу не нужно. Если раньше страховую медицинскую организацию выбирал работодатель, и при увольнении работник обязан был сдать полис ОМС, то по Федеральному закону об обязательном медицинском страховании, вступившему в силу с 1 января 2011 года, граждане самостоятельно выбирают и заменяют СМО. При выборе СМО и при наличии полиса ОМС «старого образца» выбранная СМО регистрирует застрахованное лицо и выдает ему, сначала временное свидетельство, подтверждающее изготовление полиса ОМС, затем полис ОМС единого образца. При замене СМО, выбранная Вами страховая медицинская организация в полисе единого образца проставляет отметку и печать о регистрации Вас в качестве застрахованного лица в выбранной Вами компании.</p> <p>Согласно Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования «старого» образца остается действующим до замены его на полис ОМС единого образца.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
12	Как получить полис ОМС военнослужащему?	<p>Военнослужащие и приравненные к ним в организации оказания медицинской помощи лица, согласно ст. 10 Федерального закона от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" не относятся к категории застрахованных лиц по ОМС. Полис ОМС военнослужащим не выдается. Граждане, уволенные с военной службы, подлежат</p>	Оператор, страховой представитель I уровня

		обязательному медицинскому страхованию на общих основаниях.	
13	Постоянная регистрация в одном регионе, фактически проживаю в другом регионе. Где получить полис?	С 1 января 2011г. гражданин может выбрать страховую медицинскую организацию и получить полис ОМС единого образца там, где он фактически проживает, вне зависимости от регистрации по месту жительства.	Оператор, страховой представитель I уровня
14	Мы переехали из другого региона в г. Петропавловск-Камчатский. Прописки пока нет. Есть полис ОМС, выданный в другом регионе. Надо ли нам получать полис ОМС в г. Петропавловске-Камчатском?	<p><i>Уточняющий вопрос:</i> Уточните Вы переехали на постоянное место жительства или находитесь временно в отпуске или командировке?</p> <p>1. Переезд на постоянное место жительства Вам необходимо осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства (прописки) в течении одного месяца для регистрации в качестве застрахованного лица на другой территории, то есть в г. Петропавловске-Камчатском и поставить на оборотной стороне полиса ОМС, выданного в другом регионе, отметку о перерегистрации.</p> <p>При необходимости разъяснить: В соответствии со ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» при наличии полиса ОМС единого образца необходимо после регистрации по месту жительства (прописки) за пределами субъекта Российской Федерации, в котором был выдан полис, осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства (прописки) в течение одного месяца для регистрации в качестве застрахованного лица на другой территории, то есть в г. Петропавловске-Камчатском.</p> <p>2. В Камчатском крае находится временно Нет, не надо. Если регистрация по месту жительства (прописка) осталась прежней (в другом регионе), то полис ОМС, выданный в Приморье остается действующим на всей территории России.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
15	Можно ли получить полис ОМС без регистрации по месту жительства или пребывания?	<p>Можно. Для этого необходимо обратиться в выбранную медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации.</p> <p>Вместе с заявлением предъявить:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Документ удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта); – СНИЛС <p>При необходимости разъяснить: В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», законом РФ от 25.06.1993 № 5242-1 «О праве граждан</p>	Оператор, страховой представитель I уровня

		<p>Российской Федерации на свободу передвижения и жительства в пределах Российской Федерации» регистрация или отсутствия таковой не могут служить основанием ограничения или условием реализации прав и свобод граждан, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, законами Российской Федерации.</p> <p>Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предоставляет застрахованным лицам право выбора страховой медицинской организации и получения полиса обязательного медицинского страхования по месту регистрации или по месту жительства застрахованного лица.</p>	
16	В каких случаях выдается дубликат?	<p>Дубликат полиса выдается в случае его ветхости и непригодности для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста, механическое повреждение пластиковой карты с электронным носителем и другие), утери полиса. Выдача дубликата полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица в ту страховую медицинскую организацию, где был ранее выдан полис ОМС.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>
17	Когда нужно переоформлять полис ОМС?	<p>Переоформление полиса осуществляется в случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Изменение фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющих личность, места жительства застрахованного лица; – Изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица; – Установление неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе. <p>Переоформление полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица в страховую медицинскую организацию, при предъявлении документа подтверждающих изменения.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>
18	Можно ли получить электронный полис обязательного медицинского страхования?	<p>Территориальный фонд принимает решение о выдаче застрахованным лицам субъекта Российской Федерации электронных полисов с учетом технической возможности субъекта Российской Федерации по обеспечению их обращения. В настоящее время полисы в форме пластиковой карты (электронные полисы) не выдаются, в связи с отсутствием технического обеспечения для их использования в медицинских организациях Камчатского края.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>
Тема 1.1.2 «Обеспечение полисами иностранных граждан, беженцев»			
1	Я - иностранный гражданин, как мне получить полис ОМС?	<p>В соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» к застрахованным лицам относятся иностранные граждане, постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации, за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации", а также лица, имеющие</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 №4528-1 "О беженцах".

Уточняющий вопрос: Пожалуйста, уточните Ваш статус:

(Необходимо уточнение, не было ли изменения нормативной базы (временно проживающие, временно пребывающие))

Постоянно или временно проживаете в Российской Федерации (имеете разрешение на временное проживание или вид на жительство) → далее ответ 1)

Временно пребываете на территории Российской Федерации → далее ответ 2)

Иностранцы граждане и лица без гражданства, которые постоянно или временно проживают в Российской Федерации и имеют разрешение на временное проживание или вид на жительство, подлежат обязательному медицинскому страхованию и обеспечиваются полисом ОМС.

Порядок обеспечения полисом ОМС установлен Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».

Для оформления полиса ОМС необходимо подать заявление в любую выбранную страховую медицинскую организацию, предъявить паспорт иностранного гражданина с отметкой о разрешении на временное проживание и страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии) для иностранных граждан, временно проживающих на территории Российской Федерации. Для иностранных граждан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, вид на жительство и страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии).

Временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства, а также лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», полис ОМС выдается на срок пребывания, установленный в вышеперечисленных документах. Постоянно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства полис ОМС выдается без ограничения срока действия.

Иностранец гражданин, имеющий вид на жительство, выданный в одном субъекте РФ, регистрацию по месту жительства в том же субъекте РФ, но фактически проживающий в другом субъекте РФ, вправе обратиться за полисом ОМС на территории субъекта РФ по месту

		<p>фактического проживания.</p> <p>Основные понятия правового положения иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации определены Федеральным законом от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».</p> <p>Иностранным гражданам стран-членов ЕАЭС, временно проживающим в Российской Федерации полис выдается на основании следующих документов: паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; СНИЛС; трудовой договор трудящегося государства-члена ЕАЭС; отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания.</p> <p>Иностранцы граждане и лица без гражданства, временно пребывающие на территории РФ, обязательному медицинскому страхованию не подлежат в соответствии со ст. 10 Федерального закона от 20.11.2010 №326-ФЗ» Об обязательном медицинском страховании в РФ». Экстренная медицинская помощь оказывается бесплатно, остальные виды медицинской помощи оказываются на платной основе.</p> <p>При необходимости разъяснить:</p> <p>Оказание медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно пребывающим на территории Российской Федерации, осуществляется в соответствии с Правилами оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 06.03.2013 № 186. Экстренная медицинская помощь при жизнеугрожающих состояниях оказывается иностранным гражданам бесплатно, плановая медицинская помощь – на платной основе.</p>	
2	<p>Я иностранный гражданин, как оформить полис ОМС на моего ребенка?</p>	<p>Если ребенок является иностранным гражданином, то для получения полиса ОМС необходимо предоставить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; - свидетельство о рождении ребенка либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; - разрешение на временное проживание на территории РФ ребенка или вид на жительство ребенка на территории РФ. <p>Если ребенок иностранного гражданина является гражданином РФ, полис ОМС ему оформляется в общем порядке.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

Тема 1.2 «О выборе МО»

1	В какую поликлинику я могу обратиться с полисом ОМС?	<p>В соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011г № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданин имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 г. №406н. Указанной статьей установлено, что для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще, чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).</p> <p>Для получения первичной медицинской помощи в рамках программы ОМС застрахованное лицо имеет право выбрать медицинскую организацию, из числа включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Реестры медицинских организаций размещаются в обязательном порядке на сайтах страховых медицинских организаций ТФОМС. Также, перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по полису ОМС, указан в приложении №1 к территориальной программе госгарантий, которая размещена на сайтах Минздрава Камчатского края, ТФОМС, страховых медицинских организаций.</p> <p>Для выбора медицинской организации, оказывающей первичную медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением о выборе медицинской организации. При подаче заявления необходимо также предоставить документы, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012г. № 406н.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
2	Какие действия необходимы для выбора поликлиники по месту фактического проживания, а не регистрации (например, адрес фактического проживания и регистрации в г. Петропавловске-Камчатском, но в	<p>Для реализации права выбора медицинской организации и прикрепления к ней гражданин лично или через своего представителя должен обратиться в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением на имя главного врача, форма которого определена приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и должна быть представлена медицинской организацией. При подаче заявления необходимо предъявить документ, удостоверяющий личность, и полис ОМС.</p> <p><i>При необходимости разъяснить:</i></p> <p>Заявление рассматривается руководителем медицинской организации. В течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель медицинской организации, принявшей заявление, информирует гражданина (его представителя) в</p>	Оператор, страховой представитель I уровня

	<p>разных районах) и прикрепления к выбранной поликлинике?</p>	<p>письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание.</p> <p>В случае отказа в прикреплении к выбранной медицинской организации оформленным письменно заявитель может обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС, в обязанности которой входит защита прав и интересов застрахованных лиц, или в орган управления здравоохранением, министерство здравоохранения края, территориальный фонд ОМС.</p> <p>Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях оказывается по территориально-участковому принципу (в соответствии с приказом Минсоцразвития РФ от 15.05.2012 № 543н).</p> <p>Для обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к участковым врачам, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения, с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан.</p> <p>Порядок выбора медицинской организации и прикрепления к ней установлен приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».</p> <p>Для получения амбулаторно-поликлинической помощи прикрепление возможно только к одной медицинской организации.</p> <p>Приказ № 406н размещен на сайте www.kamtfoms.ru в разделе «Нормативные документы» в рубрике ОМС в Камчатском крае.</p>	
3	<p>Какой порядок оформления обслуживания в другой поликлинике?</p>	<p>Согласно ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.</p> <p>Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи регламентирован приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (зарегистрирован в Минюсте России 21.05.2012 №24278).</p> <p>При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Для выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию (далее – медицинская организация, принявшая заявление) с письменным заявлением о выборе медицинской организации (далее – заявление), которое содержит следующие сведения:

1. наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;
2. фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;
3. информация о гражданине:
 - фамилия, имя отчество (при наличии);
 - пол;
 - дата рождения;
 - место рождения;
 - гражданство;
 - данные документа, предъявляемого согласно пункту 5 настоящего Порядка;
 - место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника);
 - место и дата регистрации;
 - контактная информация;
4. информация о представителе гражданина (в том числе законом представителе):
 - фамилия, имя отчество (при наличии);
 - отношение к гражданину;
 - данные документа, предъявляемого согласно пункту 5 настоящего Порядка;
 - контактная информация;
5. номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина;
6. наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;
7. наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления.

При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:

1. для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

		<ul style="list-style-type: none"> – свидетельство о рождении; – документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; – полис обязательного медицинского страхования ребенка; <p>2. для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:</p> <ul style="list-style-type: none"> – паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта; <p>полис обязательного медицинского страхования.</p>	
4	<p>Нужно ли для получения медицинской помощи прикрепляться к поликлинике в Камчатском крае, если я застрахован на другой территории?</p>	<p>В соответствии с частью 2 статьи 33 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пунктами 12, 13 Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 N 543н, пунктом 2 Примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.01.2007 N 56, организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях.</p> <p>В соответствии с частью 2 статьи 21 указанного Федерального закона для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).</p> <p>В соответствии с пунктом 7 Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 N 36н, пунктом 5 Порядка проведения профилактического медицинского осмотра утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 N 1011н, пунктами 12, 44 Порядка прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 N 1346н, гражданин проходит профилактические мероприятия в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.</p> <p>Таким образом, для получения плановой первичной медико-санитарной помощи, в том числе профилактических мероприятий, гражданин должен прикрепиться к выбранной медицинской</p>	

		<p>организации.</p> <p>Для получения медицинской помощи в неотложной и экстренной форме прикрепление не требуется, помощь оказывается в ближайшем лечебном учреждении.</p> <p>Порядок выбора гражданином медицинской организации определен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 N 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».</p>	
Тема 1.3 «О выборе врача»			
1	Могу ли я выбрать/заменить врача в поликлинике?	<p>В соответствии со Статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011г № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданин имеет право на выбор врача с учетом согласия врача.</p> <p>В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением замены медицинской организации) врача-терапевта, врача – терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.</p> <p>В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012г. №407н, гражданин имеет право на замену лечащего врача (за исключением случаев оказания специализированной медицинской помощи) путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации, с указанием причины замены лечащего врача.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
2	Могу ли я выбрать/заменить врача в стационаре?	<p>В соответствии со Статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011г № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданин имеет право на выбор врача с учетом согласия врача.</p> <p>В случае требования пациента о замене лечащего врача при оказании специализированной медицинской помощи пациент обращается к руководителю соответствующего подразделения медицинской организации с заявлением в письменной форме, в котором указываются причины замены лечащего врача.</p>	
Тема 1.4 «О выборе или замене СМО»			
1	Как реализовать право на выбор страховой компании?	С 1 января 2011г. гражданин может выбрать страховую медицинскую организацию (СМО) там, где он фактически проживает, вне зависимости от регистрации по месту жительства. Для получения полиса ОМС гражданин или его представитель (по доверенности) подает в СМО заявление о	Оператор, страховой представитель

		<p>выборе (замене) страховой медицинской организации. Реестр СМО, участвующих в сфере ОМС субъекта Российской Федерации, размещен на сайтах Федерального и Территориального фондов ОМС, а также в региональных средствах массовой информации.</p> <p>Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) СМО, такое лицо считается застрахованным той СМО, в которой он был застрахован ранее.</p>	I уровня
2	Нужно ли уведомлять СМО об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства и в какие сроки?	В соответствии с частью 2 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.	Оператор, страховой представитель I уровня
3	Где найти информацию о СМО, работающих в сфере ОМС на территории Камчатского края?	Реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края, а также адреса пунктов выдачи (замены) полисов ОМС в районах края размещены на официальном сайте Камчатского краевого фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет» www.kamtfoms.ru . Страховые медицинские организации размещают информацию о своей деятельности на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», на стендах в медицинских организациях, буклетах, листовках, в средствах массовой информации.	Оператор, страховой представитель I уровня
4	Нужно ли менять СМО при смене места жительства?	В соответствии с пунктами 3, 4 части 2 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016г.) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли; осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.	
		Не нужно менять СМО при кратковременном выезде за пределы территории страхования (отпуск, командировка и т.п.).	
5	Какие страховые медицинские организации работают	<p>На территории края в сфере обязательного медицинского страхования работают 2 страховые медицинские организации:</p> <p>1. Камчатский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»</p>	Оператор, страховой представитель

в сфере обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края? Назовите их телефоны и адреса, где выдают полисы ОМС.

- Зеркальная, д. 49, 8 (4152) 41-54-83, 41-54-80.
 2. Филиал ООО «ДАЛЬ-РОСМЕД» в г. Петропавловск-Камчатский
 Зеркальная, д. 49, 8 (4152) 23-14-97, 23-37-95

Адреса пунктов выдачи полисов на территории Камчатского края АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

№ п/п	Адрес пункта выдачи	Телефон (с кодом города)	График работы
1	Центральный офис Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Зеркальная, д. 49	8 (4152) 41-54-83, 41-54-80	Понедельник – пятница: 9.00 – 19.00, перерыв: 13.00-14.00. Суббота, воскресенье: выходные.
2	Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Океанская, д. 123, 3 этаж, холл (ГБУЗ КК "Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 2").	8 (4152) 41-54-80	С 01.05.2016 г. вторник, четверг: 08.30 - 16.30, перерыв 13.00-14.00
3	Камчатский край, г. Елизово, ул. Ленина, 42 (Стоматологическая поликлиника, каб. 22)	8 (41531) 6-54-34	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
4	Камчатский край, г. Вилючинск, ул. Победы, 5	8 (41535) 3-10-02	Понедельник – четверг: 09.00 – 18.00, перерыв 13.00-14.00. Пятница: 09.00 – 13.00, без перерыва. Суббота, воскресенье: выходные
5	Камчатский край, Быстринский район, с. Эссо, ул. Нагорная, 1	8 (4152) 41-54-80	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
6	Камчатский край, Мильковский	8 (4152) 41-	Понедельник – четверг: 9.00 –

I уровня

	район, с. Мильково, ул. Советская, 66	54-80	17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
7	Камчатский край, Соболевский район, с. Соболево, ул. Родыгина, 12	8 (4152) 41-54-80	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
8	Камчатский край, Усть-Камчатский район, п. Усть-Камчатск, ул. Советская, 4А	8 (4152) 41-54-80	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
9	Камчатский край, Усть-Камчатский район, п. Ключи, ул. Партизанская, 1	8 (4152) 41-54-80	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
10	Камчатский край, Усть-Большерецкий район, с. Усть-Большерецк, ул. Юбилейная, 29-1	8 (4152) 41-54-80	Понедельник, среда, пятница: 18.30 – 21.00
11	Камчатский край, Тигильский район, пгт. Палана, ул. Обухова, 12	8 (41543) 3-11-49	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
12	Камчатский край, Карагинский район, с. Оссора, ул. Строительная, 5	8 (4152) 41-54-80	Понедельник – четверг: 9.00 – 17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
13	Камчатский край, Олюторский район,	8 (4152)41-	Понедельник – четверг: 9.00 –

	с. Тиличики, ул. Центральная, 22	54-80	17.30, перерыв 13.00 – 14.00. Пятница: 9.00 – 16.00, перерыв 13.00 – 14.00. Суббота, воскресенье: выходные
14	Камчатский край, Тигильский район, с. Тигиль, ул. Толстихина, 13	8 (4152) 415-480	Понедельник - пятница: 09.00 - 17.00. перерыв 13.00-14.00 Суббота, воскресенье: выходные.
15	Камчатский край, Пенжинский район, с. Манилы, ул. Центральная 17, кв.2	8 (4152) 415-480	Понедельник - пятница: 10.00 - 10.00. Суббота, воскресенье: выходные.
16	Камчатский край, Усть-Болшереецкий район, п. Озерновский, ул. Рабочая, 7		Понедельник - пятница: 09.00 - 13.00. Суббота, воскресенье: выходные.
17	Камчатский край, Алеутский район, с. Никольское, ул. 50 лет Октября, 15А - 15Б	8 (4152) 415-480	Понедельник - пятница: 09.00 - 17.00, перерыв 13.00-14.00. Суббота, воскресенье: выходные.

Адреса пунктов выдачи полисов на территории Камчатского края «ДАЛЬ-РОСМЕД»

№ п/п	Адрес пункта выдачи	Телефон (с кодом города)	График работы
1	Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, ул. Зеркальная, д. 49	8 (4152) 231-497, 415-480	Ежедневно с понедельника по пятницу с 09-00 до 19-00, перерыв с 13-00 до 14-00; суббота, воскресенье - выходные
2	Камчатский край, Елизовский район, г. Елизово ул. Ленина, д. 42 (стоматологическая поликлиника, каб. 22)	8(41531) 6-54-34	Ежедневно с понедельника по четверг с 9-00 до 17-30, перерыв с 13-00 до 14-00; в пятницу с 9-00 до 16-00, перерыв с 13-00 до 14-00; суббота, воскресенье - выходные.
3	Камчатский край, г.	8(41535) 3-10-	Ежедневно с понедельника по

		Вилючинск, ул. Победы, д. 5	02	четверг с 9-00 до 18-00, перерыв с 13-00 до 14-00; в пятницу с 9-00 до 13-00, без перерыва; суббота, воскресенье - выходные	
--	--	-----------------------------	----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Тема 1.5 «Об идентификации в качестве застрахованного лица»

1	Как узнать, в какой страховой компании я застрахован в системе ОМС?	Узнать, какой страховой медицинской организацией Вы застрахованы в системе ОМС можно по телефонам 8 (4152)43-41-17, 8 (4152)43-41-23 (отдел информационного обеспечения ТФОМС), а также на сайте ТФОМС (http://www.kamtforms.ru/)	Оператор, страховой представитель I уровня
---	---------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

Тема 1.6 «Об организации работы МО»

1	Что делать, если медицинская организация не может провести пациенту необходимые обследования или отсутствует врач необходимого профиля?	В этом случае лечащий врач, назначивший пациенту обследование или консультацию специалиста по медицинским показаниям, если она входит в Территориальную программу обязательного медицинского страхования, обязан оформить направление в другое медицинское учреждение, работающее в системе ОМС. Там бесплатно в плановом порядке будет проведена требуемая консультация. В случае затруднения с предоставлением консультации необходимо обратиться к заведующему отделением, главному врачу поликлиники или его заместителю, а также в страховую медицинскую организацию, выдавшую Вам полис ОМС.	Оператор, страховой представитель I уровня
2	Трудно попасть на прием к узкому специалисту в поликлинике, что делать?	<p>Ответственность за организацию лечебно-профилактической и административно-хозяйственной деятельности учреждения несет главный врач медицинской организации. Он же принимает необходимые меры по улучшению форм и методов работы учреждения.</p> <p>В соответствии с пунктом 7 Приложения № 6 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2017 год сроки ожидания приема врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме - не более 10 рабочих дней с момента обращения.</p> <p>При превышении установленных сроков ожидания застрахованному лицу или его представителю необходимо обратиться к заведующему поликлиническим отделением, заместителю главного врача по лечебной работе, главному врачу, в часы и дни их работы. При невозможности решить вопрос в медицинском учреждении, можно позвонить по телефону горячей линии или написать заявление в страховую медицинскую организацию.</p>	

Тема 1.7 «О санитарно-гигиеническом состоянии МО»

1	Что делать, если в медицинской организации не соблюдается санитарно-гигиенические нормы?	В случае несоблюдения санитарно-гигиенического состояния медицинской организации застрахованному лицу или его представителю необходимо обратиться к заведующему отделением, поликлиникой, заместителю главного врача по лечебной работе, главному врачу, в часы и дни их работы. При невозможности решить вопрос в медицинском учреждении, можно позвонить по телефону горячей линии или написать заявление в страховую медицинскую организацию.	Оператор, страховой представитель I уровня
Тема 1.8 «О материально-техническом обеспечении МО»			
1	Медицинская организация плохо оснащена, кто за это отвечает?	Стандарты материально-технического обеспечения системы здравоохранения основываются на отраслевых нормативах и нормах, устанавливаемых соответствующими федеральными органами исполнительной власти, и утверждаются в порядке, определенном Правительством Российской Федерации. Соответствие оснащения организаций здравоохранения стандартам материально-технического обеспечения (в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи) учитывается при выдаче им лицензий на заявленные виды медицинской деятельности. Вопросы материально-технического обеспечения медицинских учреждений государственной формы собственности находятся в ведении Министерства здравоохранения Камчатского края. Начальник отдела организации обеспечения лекарствами и медицинской техникой - Поварова Татьяна Ивановна, телефон 8-415-242-35-02. Медицинские учреждения частной формы собственности материально-техническое обеспечение осуществляют самостоятельно.	Оператор, страховой представитель I уровня
Тема 1.9 «Об этике и деонтологии медицинских работников»			
1	Что делать, если медицинские работники допускают грубость и невнимательность к пациентам?	В случае нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации застрахованному лицу или его представителю необходимо написать жалобу в страховую медицинскую организацию.	Оператор, страховой представитель I уровня
Тема 1.10 «О КМП»			
1	Пациенту оказана некачественная медицинская помощь в Камчатском крае, что делать?	Целевая экспертиза качества проводится в случаях получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации. Проведение целевой экспертизы качества в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2016 года № 59-ФЗ «О порядке	Оператор, страховой представитель I уровня

		рассмотрения обращения граждан Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан». При оказании некачественной медицинской помощи, застрахованному необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию, написать заявление о проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи.	
2	Что такое очная экспертиза качества медицинской помощи?	Целевая экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи (далее - очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя. Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение или минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи с уведомлением администрации медицинской организации может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также консультирования застрахованного лица. При консультировании обратившееся застрахованное лицо информируется о состоянии его здоровья, степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям с разъяснением его прав в соответствии с законодательством РФ.	Оператор, страховой представитель I уровня
3	Что делать, если пациент находился на лечении за пределами Камчатского края и ему оказана некачественная медицинская помощь?	Если пациент находился на лечении за пределами Камчатского края и ему оказана некачественная медицинская помощь необходимо, написать заявление на проведение целевой экспертизы качества в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, находящийся по адресу: Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пр. Карла Маркса, д.35 горячая линия тел. 8 (4152) 43-41-67	Оператор I уровня
Тема 1.11 «О лекарственном обеспечении при оказании медицинской помощи»			
1	Какие лекарственные средства и расходные материалы предоставляются в стационаре бесплатно?	Бесплатно предоставляются лекарственные средства и расходные материалы, включенные в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и расходных материалов, необходимых для оказания скорой, неотложной и стационарной медицинской помощи», применяемые при реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Перечень лекарственных средств и расходных материалов указан в Приложении № 11 Территориальной Программы.	Оператор, страховой представитель I уровня
2	Врач назначил инъекции в поликлинике и	В соответствии со статьями 37 и 80 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пункту 2г Приложения № 6 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам	Оператор, страховой представитель

	<p>выписал много лекарственных препаратов. Оплачивается ли приобретение лекарственных препаратов за счет средств ОМС?</p>	<p>медицинской помощи на территории Камчатского края на 2017 год при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях лекарственное обеспечение осуществляется за счет средств пациента, за исключением лекарственного обеспечения лиц, имеющих льготы, установленные законодательством Российской Федерации и Камчатского края. Таким образом, приобретение лекарственных препаратов при амбулаторном лечении за счет средств ОМС не оплачивается.</p> <p>Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, указан в Приложении № 13 к Территориальной программе, с 50% скидкой – в Приложении № 14.</p>	<p>I уровня</p>
3	<p>В стационаре мне пришлось приобретать за свой счет лекарственные препараты. Правильно ли это?</p>	<p>В соответствии со статьями 37 и 80 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пункте 1 Приложения № 8, приложению 11 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2016 год обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара поликлиники осуществляется согласно перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, за счет средств обязательного медицинского страхования.</p> <p>Если пациенту пришлось приобретать назначенные врачом препараты и медицинские изделия за свой счет, он может обратиться с жалобой в страховую медицинскую организацию (если медицинская помощь оказана на территории страхования) или в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (если медицинская помощь оказана вне территории страхования).</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>
4	<p>Должны ли моему 2х летнему ребенку выписываться рецепты на бесплатное приобретение лекарств, и если да, то на какие?</p>	<p>В соответствии с Приложением № 13 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2016 год детям первых трех лет жизни, а также детям из многодетных семей в возрасте до 6 лет при амбулаторном лечении все лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>
<p>Тема 1.12 «Об отказе в оказании медицинской помощи по программам ОМС»</p>			

1	Куда обращаться, если в медицинском учреждении отказывают в бесплатном оказании медицинской помощи?	<p>В случаях отказа в бесплатном оказании медицинской помощи обратитесь за разъяснениями к заведующему отделением, поликлиникой, заместителю главного врача по лечебной работе, главному врачу, к представителю по ОМС в часы и дни его работы.</p> <p>При невозможности решить вопрос в медицинском учреждении, обратитесь в страховую медицинскую организацию, в которой застрахованы (которая выдала Вам полис ОМС), адрес и телефон страховой медицинской организации указаны на полисе ОМС.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
Тема 1.13 «О получении медицинской помощи по базовой программе ОМС вне территории страхования»			
1	Можно ли получить медицинскую помощь по полису ОМС при выезде в другие регионы России, если полис ОМС выдан в Камчатском крае?	<p>В соответствии со статьей 45 Закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.</p> <p>Таким образом, полис ОМС – документ, гарантирующий бесплатное получение медицинской помощи на всей территории России, независимо от того на какой территории он выдан.</p> <p>Бесплатная медицинская помощь жителям другого региона России (вне территории страхования) оказывается медицинскими учреждениями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования, в объеме и на условиях базовой программы обязательного медицинского страхования.</p> <p>При обращении в медицинское учреждение необходимо предъявить паспорт и страховой медицинский полис. По экстренным показаниям медицинская помощь должна быть оказана и без документов.</p> <p>В случае отказа в предоставлении медицинской помощи в установленном порядке по полису ОМС, выданном в другом субъекте РФ, следует обращаться в Территориальный фонд ОМС того субъекта, в котором отказано в оказании медицинской помощи, или в страховую медицинскую организацию, в которой Вы застрахованы.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
Тема 1.14 «О взимании денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС»			
1	Можно ли вернуть деньги за оплаченную медицинскую услугу, если по программе обязательного медицинского страхования она	<p>В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2016 год, утвержденной Правительством Камчатского края от 25.01.2016 № 19-П, предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) по медицинским показаниям (по направлению лечащего врача) в учреждениях здравоохранения края, работающим в системе обязательного медицинского страхования, предоставляется пациентам за счет средств обязательного медицинского страхования.</p> <p>Для организации возврата денежных средств, неправомерно потраченных за медицинскую услугу</p>	Оператор, страховой представитель I уровня

	должна быть бесплатной?	по территориальной программе обязательного медицинского страхования, необходимо обратиться с письменным заявлением в страховую медицинскую организацию, выдавшую Вам медицинский полис ОМС.	
2	Медицинская организация предлагает оплатить обследование или лечение, назначенное лечащим врачом. Правомерно ли это?	<p>Разделом 3. Статьи 80 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»</p> <p>При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <i>не подлежат оплате за счет личных средств граждан:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи; 2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям; 3) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов - по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; 4) создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний; 5) транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту. <p>Правила предоставления платных медицинских услуг утверждены Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г № 1006.</p> <p>Правилами установлено, что при предложении предоставления платных услуг (заключения договора) застрахованному лицу (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания</p>	Оператор, страховой представитель I уровня

		<p>платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.</p> <p>Отказ застрахованного от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.</p> <p>Если лечебное учреждение предлагает вам оплатить услуги, необходимо обратиться в страховую компанию, выдавшую полис ОМС (телефон указан на полисе ОМС) и удостовериться, что данная услуга действительно может быть оказана только на платной основе. Если вы уже заплатили за медицинские услуги, необходимо сохранить чеки (или же другие платежные документы, подтверждающие оплату), чтобы потом обратиться в страховую компанию с заявлением о рассмотрении вопроса о законности взимания денег. В каждом случае, когда предлагают оплатить медицинские услуги, необходимо в первую очередь получить консультацию по данному вопросу в страховой медицинской организации, выдавшей страховой полис ОМС.</p>	
3	<p>Врач направила на УЗИ. Должна ли я брать за свой счет перчатки, пеленки, насадку на УЗИ, почему поликлинику не обеспечивают расходным материалом?</p>	<p>В соответствии с соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Камчатского края на 2016, медицинский расходный материал (резиновые перчатки, пеленки, насадки на УЗИ) включен тариф медицинской услуги и оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.</p> <p>С целью решения вопроса о неправомерности приобретения за счет личных средств пациента расходного материала Вам необходимо обратиться к руководству медицинской организации или в страховую медицинскую организацию, где Вы застрахованы.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>
4	<p>Стою на учете по беременности. Врач назначил введение иммуноглобулина в стационарных условиях. Оказывается, ли эта услуга за счет ОМС?</p>	<p>В соответствии с разделом 2 п. 2.1.2. Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2016 год обеспечение лекарственными препаратами изделиями медицинского назначения в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществляется согласно перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – ПЖНВЛП), с соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, за счет средств обязательного медицинского страхования при получении лечения в круглосуточном дневном стационаре.</p> <p>Для организации Вам адресной помощи, просим сообщить в ТФОМС дополнительную информацию: фамилию, имя, отчество, место проживания, срок беременности.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

5	Что делать пациенту, если пришлось приобретать лекарства за свои средства при обследовании и лечении в стационаре (круглосуточном), в дневном стационаре?	Если лекарственное средство входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и стандарты лечения, назначено лечащим врачом, о чем есть запись в медицинской документации, если лекарственное средство уже приобретено, то с заявлением, к которому должны быть приложены документы, подтверждающие оплату, надо обратиться к главному врачу или в страховую медицинскую организацию до решения вопроса о возмещении денежных средств в досудебном порядке.	Оператор, страховой представитель I уровня
6	Надо ли платить за анестезию при оказании стоматологической помощи по программе ОМС?	В тариф на оказание стоматологической медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования включены расходы на лекарственный препарат, входящий, в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Камчатского края - «Лидокаин». Другие препараты оплачиваются за счет личных средств граждан.	Оператор, страховой представитель I уровня
7	Могу ли я получить бесплатное лечение зубов по месту жительства в г. Петропавловск-Камчатский с полисом ОМС? Прописка в другом городе	<p>В соответствии ст. 33 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (в ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» амбулаторно-поликлинические учреждения (поликлиники) оказывают первичную медико-санитарную помощь (в том числе, медицинскую помощь при заболеваниях зубов) по территориально-участковому принципу.</p> <p>Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях.</p> <p>Для реализации права выбора медицинской организации и прикрепления к ней граждан лично или через своего представителя должен обратиться в выбранную им медицинскую организацию с письменным заявлением на имя главного врача, форма которого определена приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и должна быть представлена медицинской организацией. При подаче заявления необходимо предъявить документ, удостоверяющий личность, и полис ОМС.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня

		<p>Специализированные стоматологические поликлиники (краевая стоматологическая поликлиника, городская стоматологическая поликлиника, городская детская стоматологическая поликлиника) не оказывают помощь по территориально-участковому принципу, не имеют прикрепленного населения. Записаться на прием в эти лечебные учреждения можно на сайте гос. услуг.</p> <p>С адресами стоматологических поликлиник г. Петропавловска-Камчатского, работающих в сфере обязательного медицинского страхования и оказывающих медицинскую помощь (лечение зубов) за счет средств обязательного медицинского страхования, Вы можете ознакомиться на интернет сайте www.kamtfoms.ru, в разделе «Медицинские организации системы ОМС»</p>	
8	Верно ли, что часто болеющих детей в детской поликлинике лечат платно?	<p>В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2017 год, оказание медицинской помощи часто болеющим детям входит в программу обязательного медицинского страхования и осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования независимо от случаев заболеваний и количества амбулаторно-поликлинических посещений к врачам-специалистам.</p> <p>В связи с вышеизложенным, отказ сотрудников поликлиники в предоставлении Вашему ребенку бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования следует считать не обоснованным.</p> <p>По всем вопросам организации медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования необходимо обращаться в страховую медицинскую организацию, в которой застрахован Ваш ребенок.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
Тема 1.14.1 «О видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи по программам ОМС»			
1	Какие права есть у граждан, застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования?	<p>Застрахованные лица имеют следующие права в соответствии со статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Право на бесплатное оказание им медицинской помощи: <ol style="list-style-type: none"> а) На всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования; б) На территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования; 2. Право на выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования; 3. Право на замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения деятельности страховой компании (прекращения 	Оператор, страховой представитель I уровня

		<p>действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования), в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;</p> <p>4. Право на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;</p> <p>5. Право на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;</p> <p>6. Право на получение от территориально фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;</p> <p>7. Право на защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;</p> <p>8. Право на возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;</p> <p>9. Право на возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;</p> <p>Право на защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.</p>	
2	<p>Какие обязанности предусмотрены для застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования?</p>	<p>Обязанности, застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования лиц определены Федеральным Законом от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».</p> <p>Застрахованные лица обязаны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи; 2. Подать в страховую медицинскую организацию лично или через представителя заявление о выборе страховой медицинской организации для обязательного медицинского страхования в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования; 3. Уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли; <p>Осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

		одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой был застрахован гражданин.	
3	Какие виды медицинских услуг предоставляются бесплатно по страховому полису ОМС?	<p>Гарантированный объем оказания гражданам бесплатной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования определяют базовая и территориальная программы обязательного медицинского страхования, утверждённые соответственно Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» и Правительства Камчатского края от 25.01.2016 № 19-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2016 год».</p> <p>В рамках базовой и территориальной программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь в следующих страховых случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> – инфекционные и паразитарные болезни, за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита; – новообразования; – болезни эндокринной системы; – расстройства питания и нарушение обмена веществ; – болезни нервной системы; – болезни крови, кроветворных органов; – отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; – болезни глаза и его придаточного аппарата; – болезни уха и сосцевидного отростка; – болезни системы кровообращения; – болезни органов дыхания; – болезни органов пищеварения; – болезни мочеполовой системы; – болезни кожи и подкожной клетчатки; – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; – врожденные аномалии (пороки развития); – деформация и хромосомные нарушения; 	Оператор, страховой представитель I уровня

		<ul style="list-style-type: none"> – беременность, роды, послеродовой период и аборты; – отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период. <p>В рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования финансируются мероприятия по диспансеризации отдельных категорий граждан, применение вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинская реабилитация, осуществляемая в медицинских организациях.</p> <p>Ознакомиться с перечнем заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно можно на информационных стендах в медицинской организации по месту жительства, а также обратившись в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис обязательного медицинского страхования или по телефону «горячей линии» Территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края – (4152)434-167.</p> <p>По полису ОМС медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, которые утверждены МЗ РФ и являющиеся обязательными для всех медицинских организаций, участвующих в системе ОМС, а также на основе медицинских стандартов, которые также утверждены Министерством здравоохранения РФ. С порядками и медицинскими стандартами можно ознакомиться на сайте МЗ РФ (www.rominzdrav.ru)</p>	
4	<p>Что входит в базовую программу ОМС?</p>	<p>Базовая программ ОМС является составной частью Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2016 год утверждена Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 N 1382.</p> <p>В рамках базовой Программы ОМС бесплатно предоставляются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная; • специализированная медицинская помощь; • скорая, в том числе скорая специализированная, (за исключением санитарно-авиационной) медицинская помощь. <p>Осуществляется финансовое обеспечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан; • применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации; 	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • мероприятий по аудиологическому скринингу; • мероприятий по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях; • высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи. 	
5	Где можно ознакомиться с Территориальной программой обязательного медицинского страхования?	С территориальной программой обязательного медицинского страхования можно ознакомиться на сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края сети «Интернет» www.kamtfoms.ru , а также в медицинских организациях: на стендах в регистратуре, приемных отделениях, в страховых медицинских организациях, в том числе на их сайтах. Территориальная программа ОМС имеется в справочных компьютерных системах.	Оператор, страховой представитель I уровня
6	Какие документы должны предъявлять граждане в медицинские организации для бесплатного получения медицинской помощи?	<p>Для бесплатного получения плановой или неотложной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования предъявляются:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Документ, удостоверяющий личность; – Полис обязательного медицинского страхования. – СНИЛС <p>Отсутствие страхового полиса и документа, удостоверяющего личность, не является причиной для отказа в медицинской помощи в экстренных случаях, угрожающих жизни больного.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
7	В каких поликлиниках предоставляются те или иные виды медицинских услуг (бесплатно по страховому полису ОМС)?	Медицинская помощь, за счет средств обязательного медицинского страхования предоставляется в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края. Ознакомиться с перечнем медицинских организаций, работающих в системе ОМС Камчатского края можно на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края по электронному адресу: www.kamtfoms.ru , а также обратившись в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис обязательного медицинского страхования.	Оператор, страховой представитель I уровня
8	Как получить направление к врачу-специалисту и в стационар?	<p>Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:</p> <ul style="list-style-type: none"> - по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста; - в случае самостоятельного обращения в медицинскую организацию, в том числе выбранную им, с учетом порядков оказания медицинской помощи. 	Оператор, страховой представитель I уровня

		<p>Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется при направлении лечащего врача. При плановой госпитализации в стационар врач обязан предоставить перечень медицинских организаций, в которых может быть оказана такая медицинская помощь, для осуществления выбора пациентом. Направление на плановую госпитализацию выдается лечащим врачом в медицинскую организацию, выбранную пациентом. В случае если в выбранной медицинской организации сроки предоставления медицинской помощи превышают установленные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, но пациент согласен ждать, делается соответствующая запись в амбулаторной карте, под которой пациент расписывается. Медицинская помощь в неотложной и экстренной форме оказывается застрахованным лицам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.</p>	
9	<p>Каков порядок получения высокотехнологичной медицинской помощи?</p>	<p>Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.</p> <p>Организация оказания ВМП осуществляется с применением специализированной информационной системы в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014г. N 930н.</p> <p>Показания к оказанию ВМП определяются лечащим врачом медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи, с учетом права на выбор медицинской организации. Наличие медицинских показаний подтверждается решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.</p> <p>При наличии медицинских показаний к оказанию ВМП лечащий врач медицинской организации оформляет направление на госпитализацию для оказания ВМП.</p> <p>В случае оказания ВМП, включенной в базовую программу ОМС, направляющая медицинская организация представляет комплект документов в медицинскую организацию, включенную в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. В случае оказания ВМП, не включенной в базовую программу ОМС - в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.</p> <p>Основанием для госпитализации пациента является решение врачебной комиссии медицинской организации, в которую направлен пациент, по отбору пациентов на оказание ВМП. Комиссия</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

		<p>медицинской организации, оказывающей ВМП, выносит решение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента с учетом оказываемых медицинской организацией видов ВМП в срок, не превышающий семи рабочих дней со дня оформления на пациента Талона на оказание ВМП. По результатам оказания ВМП медицинские организации дают рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации с оформлением соответствующих записей в медицинской документации пациента</p>	
10	<p>В каких медицинских организациях Камчатского края проводят экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) за счет средств ОМС?</p>	<p>На территории Камчатского края отсутствуют медицинские организации, проводящие экстракорпоральное оплодотворение. ООО «ЭКОЦентр» (г. Москва) включен в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в Камчатском крае (т.е. в данном лечебном учреждении ЭКО оказывается в рамках Территориальной программы Камчатского края). По вопросу направления на ЭКО необходимо обратиться в Министерство здравоохранения Камчатского края по телефону (4152) 424-702.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>
11	<p>Какие виды медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС оплачиваются самостоятельно за счет личных средств граждан?</p>	<p>Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС, не предусмотренных стандартом медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденным приказом Минздрава России от 30 октября 2012 года N 556н (зарегистрирован в Минюсте России 21 марта 2013 года N 127823) (использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, суррогатное материнство, криоконсервация и хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов), производится дополнительно за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>
12	<p>Каковы сроки ожидания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных</p>	<p>В соответствии с пунктом 7 Приложения № 6 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2016 год на территории Камчатского края определены следующие сроки ожидания оказания медицинской помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме - не более 2 часов с момента обращения; 2) приема врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме - не более 10 рабочих дней с момента обращения; 3) проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании 	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

	<p>диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов?</p>	<p>первичной медико-санитарной помощи в плановой форме - не более 10 рабочих дней; 4) проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме - не более 30 рабочих дней; 5) оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной (в том числе, специализированной медицинской помощи за пределами Камчатского края) в стационарных условиях в плановой форме - не более 30 дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки). Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова. В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.</p>	
13	<p>Что представляет собой диспансеризация и для чего она проводится?</p>	<p>Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и необходимые методы обследования, осуществляемые в отношении определенных групп населения. Диспансеризация направлена на раннее выявление и профилактику неинфекционных заболеваний или состояний, являющихся причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, таких как сердечно-сосудистые заболевания, хроническая бронхолегочная патология, сахарный диабет, злокачественные новообразования и основных факторов риска их развития, к которым относятся: повышенный уровень артериального давления, нарушение липидного обмена, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение, а также потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача. В мероприятия по диспансеризации включено краткое профилактическое консультирование всех граждан, имеющих факторы риска, а также индивидуальное углубленное и групповое (в школах пациента) профилактическое консультирование для лиц с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском. Такие активные профилактические мероприятия позволяют достаточно быстро и в значительной степени снизить вероятность развития у конкретного человека опасных хронических неинфекционных заболеваний, а у лиц уже, страдающих такими</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

		<p>заболеваниями значительно уменьшить тяжесть течения заболевания и частоту развития осложнений.</p> <p>Диспансеризация позволяет выявлять заболевания на начальной стадии их развития, что служит предпосылкой успешного лечения.</p> <p>Современная медицина успешно борется со многими заболеваниями. Но многие заболевания на ранних стадиях протекают бессимптомно, поэтому даже если у человека нет жалоб, проверять здоровье все равно необходимо. И всегда помнить, что заболевание легче предупредить, чем лечить.</p> <p>При прохождении диспансеризации человек сможет проверить состояние своего здоровья, а также получить консультацию по лечению имеющегося заболевания или по предотвращению развития заболевания, при необходимости получить специализированную медицинскую помощь.</p>	
14	<p>Если в текущем году диспансеризация для меня не предусмотрена, могу ли я бесплатно пройти обследование, чтобы проверить состояние своего здоровья?</p>	<p>Если в текущем году Вы не подлежите диспансеризации согласно возрасту, но хотите проверить состояние своего здоровья, то можете в этом году пройти профилактический медицинский осмотр также бесплатно, который каждый гражданин имеет право проходить раз в два года.</p> <p>Профилактический медицинский осмотр проводится в целях своевременного выявления хронических неинфекционных заболеваний или состояний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и формирования групп состояния здоровья, а также выработке рекомендаций для пациентов.</p> <p>В случае выявления у пациента патологических изменений в организме, ему будет назначено полное обследование.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>
15	<p>Куда я должна обратиться, чтобы пройти диспансеризацию и какие документы нужно для этого предъявить?</p>	<p>Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь, то есть к которой он прикреплен. Обычно это территориально-участковая поликлиника. Отмечу, диспансеризация взрослого населения проводится медицинскими организациями, иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность, независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной, при наличии лицензии на осуществление соответствующих видов медицинской деятельности, необходимых для проведения диспансеризации.</p> <p>В случае отсутствия у медицинской организации лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, медицинская организация заключает договор с другой медицинской организацией,</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

		<p>имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации.</p> <p>В медицинской организации Вы можете обратиться в регистратуру, участковому врачу, медицинской сестре, фельдшеру, которые объяснят какие виды обследования входят в диспансеризацию, что нужно сделать в первую очередь, определяют вместе с Вами время и дни обследования. Для прохождения диспансеризации необходимо предъявить в медицинскую организацию паспорт (документ, удостоверяющий личность), полис ОМС и, если имеется СНИЛС.</p>	
16	<p>Могу ли я при прохождении диспансеризации отказаться от некоторых видов обследования или осмотра врачей?</p>	<p>Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации. В соответствии с законодательством Российской Федерации диспансеризация проводится при наличии письменного информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство и является добровольным мероприятием.</p> <p>Гражданину, принявшему решение пройти диспансеризацию в первый визит в поликлинику необходимо взять с собой результаты исследований, которые он проходил в текущем году или предшествующие два года: флюорография, рентгенография, УЗИ, компьютерная томография и другие для исключения дублирования исследований, например, УЗИ брюшной полости не проводится, если гражданину в течение предшествующих двух лет либо в год проведения диспансеризации проводилась магнитно-резонансная или компьютерная томография органов брюшной полости.</p> <p>При наличии у гражданина документально подтвержденных результатов осмотров или консультаций врачами-специалистами, фельдшером или акушеркой, исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение двенадцати месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятия в рамках диспансеризации принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>
17	<p>Что включает в себя диспансеризация? Какие виды обследования и осмотры врачей-специалистов предусмотрены при</p>	<p>Диспансеризация проводится в два этапа.</p> <p>На первом этапе диспансеризации проводится общая оценка состояния здоровья – скрининг с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а так же определения медицинских показаний к выявлению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания или состояния на втором этапе диспансеризации.</p>	<p>Оператор, страховой представитель I уровня</p>

диспансеризации?	<p>Первый этап диспансеризации в зависимости от возраста и пола включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. анкетирование, направленное на определение общей оценки состояния здоровья; 2. антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела; 3. измерение артериального давления; 4. определение уровня общего холестерина, глюкозы в крови; 5. определение суммарного сердечно-сосудистого риска; 6. электрокардиографию; 7. осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом-акушером-гинекологом; 8. флюорографию; 9. маммографию; 10. клинический и биохимический анализы крови; 11. общий анализ мочи; 12. ультразвуковое исследование органов брюшной полости малого таза на предмет исключения новообразований для граждан в возрасте 39 лет и старше; 13. исследование кала на скрытую кровь; 14. измерение внутриглазного давления; 15. осмотр врача терапевта, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации. <p>Второй этап диспансеризации в зависимости от показаний, пола и возраста включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дуплексное сканирование брахицефальных артерий; 2. эзофагогастродуоденоскопию; 3. осмотры врачей-специалистов: невролога, хирурга, уролога, колопроктолога, отоларинголога, акушера-гинеколога, офтальмолога; 4. колоноскопию или ректороманоскопию; 5. определение липидного спектра крови; 6. Спирометрию; 7. Определения концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе; 8. Анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (при подозрении на онкологическое заболевание предстательной железы); 	
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>9. Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (в школах пациента);</p> <p>Осмотр врача терапевта, включающий установление или уточнение диагноза, определение или уточнение группы состояния здоровья, определение группы диспансерного наблюдения с учетом заключений врачей-специалистов, а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санитарно-курортное лечение.</p>	
18	Почему список специалистов при прохождении диспансеризации не включен осмотр эндокринолога?	<p>Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 №36ан и является обязательным к исполнению медицинскими организациями края, участвующими в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Всеобщая диспансеризация взрослого населения представляет собой комплекс мер, направленных на раннее выявление инфекционных заболеваний, которые составляют 80 процентов всей инвалидности и смертности населения нашей страны. Неинфекционные заболевания, приводящие к высокой преждевременной смертности, инвалидизации – это сердечно-сосудистые заболевания, хроническая бронхолегочная патология, сахарный диабет, злокачественные новообразования. При выявлении у гражданина в процессе диспансеризации медицинских показаний к проведению осмотров врачами специалистами, исследований и мероприятий, не входящих в объем диспансеризации в соответствии с настоящим Приказом, в том числе проведение осмотра врачом-эндокринологом, они назначаются и выполняются с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 76 Федерального закона.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
19	Где можно получить информацию о полученных мной медицинских услугах в 2016г. и их стоимости	<p>Информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости осуществляется через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и/или территориальных фондов обязательного медицинского страхования путем создания личного кабинета пациента, а также через страховые медицинские организации в виде выписки на бумажном носителе. (п. 210 Правил обязательного медицинского страхования. - Приказ</p>	Оператор, страховой представитель I уровня

		<p>Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 № 158н, редакция от 06.08.2015).</p> <p>Для получения информации о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости на бумажном носителе застрахованное лицо, либо его законный представитель обращается с заявлением в филиал страховой компании, в котором он застрахован или через официальный сайт страховой компании. Обращение гражданина, либо его законного представителя, рассматривается в порядке, установленном Федеральным законом от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации". Информация о перечне оказанных медицинских услуг предоставляется по форме Приложения 1, утвержденной Приказом ФФОМС от 16.10.2015 г. №196 лично застрахованному лицу (его законному представителю), либо направляется по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.</p>	
Тема 1.15 «О платных медицинских услугах, оказываемых в МО»			
1	В каких случаях гражданам, имеющим полис ОМС медицинская помощь в медицинской организации, которая работает по программе ОМС, будет оказана за плату?	<p>За плату, в соответствии с нормативными правовыми документами Российской Федерации и Камчатского края, может предоставляться медицинская помощь (медицинские услуги) сверх гарантированной или на условиях, превышающих требования Территориальной программы государственных гарантий, неотъемлемой частью которой является территориальная программа обязательного медицинского страхования, а также сервисные услуги.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
2	Является ли операция по исправлению носовой перегородки косметической или можно её провести за счет средств ОМС?	<p>В соответствии порядком и условиями предоставления медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2016 год, гражданин имеет право на бесплатное оперативное лечение по поводу исправления носовой перегородки при наличии медицинских показаний, установленных врачом-оториноларингологом, и направления на плановое оперативное лечение, оформленное в установленном порядке.</p>	Оператор, страховой представитель I уровня
Тема 1.16 «О неисполнении СМО обязанностей по договору»			
1	Что делать, если СМО плохо защищает мои права?	<p>В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» контроль за исполнением СМО договора о финансовом обеспечении ОМС возложен на ТФОМС.</p> <p>В соответствии со ст. 38 указанного закона в договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:</p>	

1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования;

2) ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

7) сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом;

8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом;

9) представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

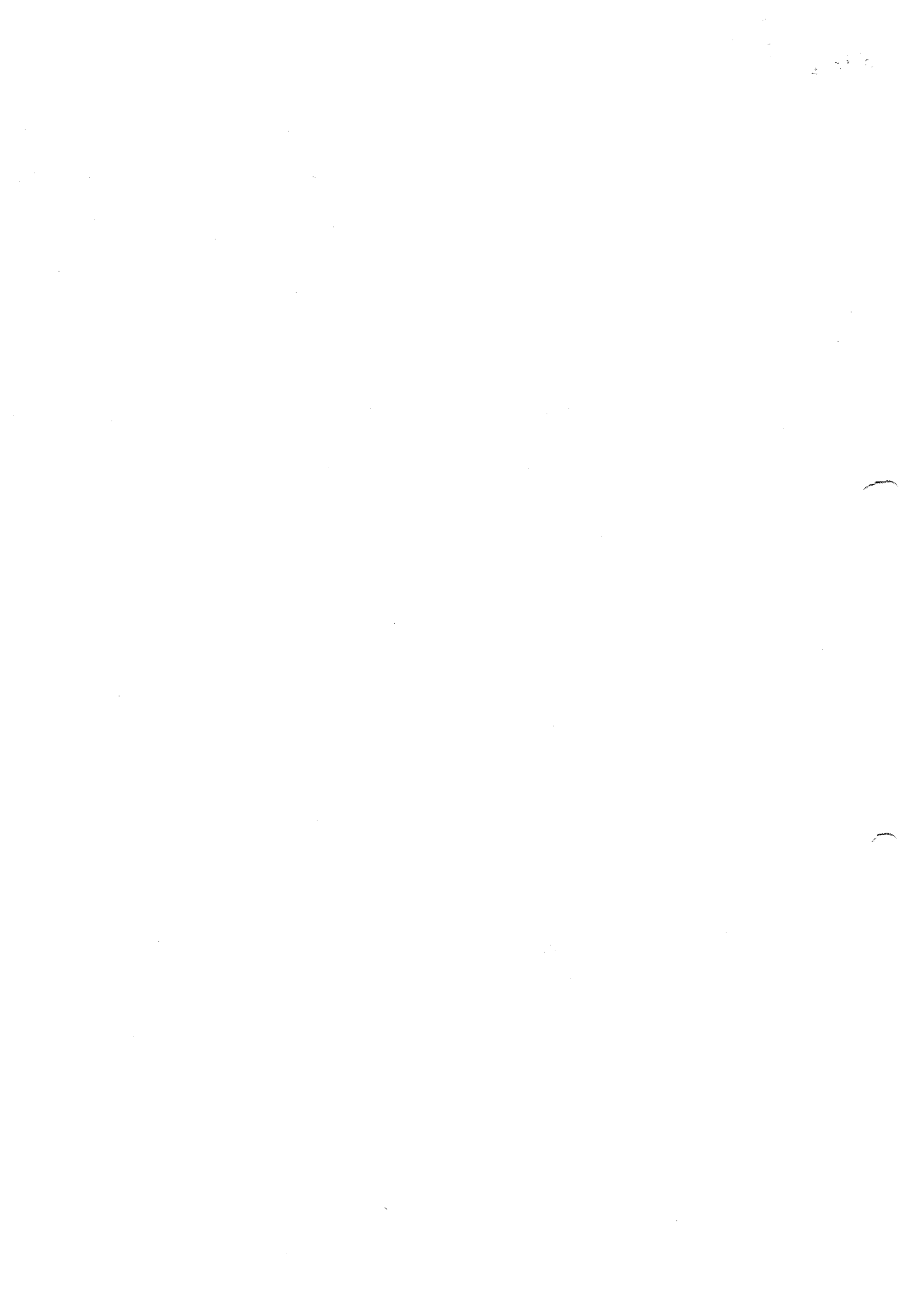
10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Порядок осуществления территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций определен главой VI приказа ФФОМС от 1 декабря 2010г. N 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

		При нарушении СМО обязанностей по договору можно сообщить по телефону «горячей линии» ТФОМС 8(4251)43-41-67.	
Тема 1.17 «О неправомерном распространении персональных данных»			
1	Что такое неправомерное распространение персональных данных и кто отвечает за их безопасность?	<p>Угрозами безопасности персональных данных понимается совокупность условий и факторов, создающих опасность несанкционированного, в том числе случайного, доступа к персональным данным, результатом которого могут стать уничтожение, изменение, блокирование, копирование, предоставление, распространение персональных данных, а также иные неправомерные действия при их обработке в информационной системе персональных данных. Под уровнем защищенности персональных данных понимается комплексный показатель, характеризующий требования, исполнение которых обеспечивает нейтрализацию определенных угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных.</p> <p>Контроль и надзор за выполнением организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных, установленных в соответствии с настоящей статьей, при обработке персональных данных в государственных информационных системах персональных данных осуществляются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным в области обеспечения безопасности, и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным в области противодействия техническим разведкам и технической защиты информации, в пределах их полномочий и без права ознакомления с персональными данными, обрабатываемыми в информационных системах персональных данных.</p> <p>Право на обжалование действий или бездействия оператора определено ст. 17 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" (оператор - государственный орган, муниципальный орган, юридическое или физическое лицо, самостоятельно или совместно с другими лицами организующие и (или) осуществляющие обработку персональных данных).</p> <p>Если субъект персональных данных считает, что оператор осуществляет обработку его персональных данных с нарушением требований настоящего Федерального закона или иным образом нарушает его права и свободы, субъект персональных данных вправе обжаловать действия или бездействие оператора в уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных или в судебном порядке.</p>	
Тема 1.18 «О выделении средств для оплаты МП в рамках ТПГГ оказания бесплатной медицинской помощи»			
1	Оплатит ли мне СМО или ТФОМС купленные за счет личных средств	Действующими нормативными правовыми документами не предусмотрено финансирование на приобретение изделий медицинского назначения СМО или ТФОМС для физических лиц. СМО или ТФОМС осуществляют расчеты с медицинскими организациями за медицинскую помощь, фактически оказанную лицам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования	

<p>изделия медицинского назначения (компрессионные, чулки, ортопедическую обувь)?</p>	<p>на территории Российской Федерации.</p> <p>В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2016 год (далее - Территориальная программа) лекарственное обеспечение амбулаторно-поликлинической помощи осуществляется за счет личных средств граждан, за исключением лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством Камчатского края. Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, указан в приложении 13 к Территориальной программе. Обеспечение данными лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения осуществляется за счет средств бюджетных ассигнований краевого бюджета, а не за счет обязательного медицинского страхования.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З № 38

г. Петропавловск-Камчатский

«29» марта 2017 года

О деятельности Контакт-центра в сфере
обязательного медицинского
страхования в Камчатском крае

В целях, повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае и в связи с реализацией приказов Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 № 271 «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования», от 11.05.2016 № 88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи», приказа Территориального фонда обязательного медицинского страхования от 29.03.2017 № 38 «Об утверждении регламента работы Контакт –центра в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Администратором Контакт-центра, ответственным за осуществление контроля и анализа работы с обращениями граждан, а так же закрытие обращений в электронном журнале граждан назначить заместителя начальника отдела организации обязательного медицинского страхования Лопатиеву В.М.

2. Операторами 2-го уровня, деятельность которых направлена на предоставление информации по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера назначить заместителя начальника отдела организации обязательного медицинского страхования Лопатиеву В.М., консультантов отдела организации обязательного медицинского страхования: Андриянову Т.В., и Толокнову Е.Б., начальника отдела информационного обеспечения Пантелеева Д.Н, консультанта Кузьмину А.Н.

3. Операторами 1-го уровня, непосредственно осуществляющими работу с устными обращениями граждан назначить ведущего специалиста отдела организации обязательного медицинского страхования Вологину Ю.Б., главного специалиста отдела информационного обеспечения Быкова А.Г., специалиста 1 категории общего отдела Дубровину У.И.

4. Ответственными за функционирование и техническое обеспечение единого электронного журнала обращений граждан назначить начальника отдела информационного обеспечения Пантелеева Д.Н., главного специалиста отдела информационного обеспечения Корнева Е.В.

5. Контроль над исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Заместитель директора



Александрович Н.Н.

