

Порядок обжалования решений, действий или бездействия страховой медицинской организацией, осуществляемых (принятых) в ходе предоставления услуг по выдаче полисов

1. Застрахованные лица имеют право на обжалование действий (бездействий) и решений, осуществляемых (принятых) страховой медицинской организацией (СМО) в ходе предоставления услуг по выдаче полисов ОМС, в досудебном порядке, а также в суде.

2. Целью досудебного (внесудебного) разрешения вопросов является объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение жалоб граждан, достижение по взаимному согласию договоренности (в случае личного устного обращения) или подготовка мотивированного ответа (в случае письменного обращения).

3. В досудебном порядке застрахованные лица вправе обжаловать решения, принятые в ходе предоставления услуг по выдаче полисов ОМС, действия или бездействие:

- специалиста (работника) СМО, осуществляющего выдачу полисов ОМС, путем непосредственного обращения к руководителю структурного подразделения, в котором работает специалист;
- подразделений СМО, в функции которых входит выдача полисов ОМС на территориях муниципальных образований субъекта РФ (пунктов выдачи полисов ОМС), их работников и должностных лиц путем обращения к руководителю филиала СМО на территории данного субъекта РФ;
- филиала СМО, осуществляющего деятельность по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта РФ, его работников и должностных лиц путем обращения к Генеральному директору СМО.

4. Застрахованные лица имеют право обратиться с жалобой лично или направить письменное обращение, жалобу (претензию). Обращения и жалобы рассматриваются в соответствии с требованиями Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Заявитель имеет право на получение информации и документов, необходимых для обоснования и рассмотрения жалобы.

4.1. Должностные лица, ответственные или уполномоченные работники СМО проводят личный прием застрахованных лиц по предварительной записи.

Запись застрахованных лиц проводится при их личном обращении или с использованием средств телефонной связи по номерам телефонов, которые размещаются на Интернет-сайте и информационных стендах СМО.

Работник СМО, осуществляющий запись застрахованных лиц на личный прием, информирует о дате, времени, месте приема, должности, фамилии, имени и отчестве должностного лица, ответственного или уполномоченного работника, осуществляющего прием.

При личном приеме заявитель предъявляет документ, удостоверяющий его личность. Содержание устной жалобы заносится в журнал личного приема. В случае если изложенные в устной жалобе факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на жалобу, с согласия заявителя, может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале личного приема.

В ходе личного приема заявителю может быть отказано в дальнейшем рассмотрении жалобы, если ему ранее был дан ответ по существу поставленных в жалобе вопросов.

4.2. Письменные обращения предоставляются гражданином лично или через доверенного представителя, а также могут направляться на почтовые или электронные адреса филиалов СМО, центрального офиса СМО (в т.ч. центральной консультативно-диспетчерской службы СМО), информация о которых размещается на Интернет-сайте и информационных стендах СМО.

При обращении застрахованных лиц в письменной форме срок рассмотрения жалобы не должен превышать 30 дней с момента получения обращения.

В случае, если по обращению требуется провести дополнительную проверку данных, необходимо истребовать дополнительные документы, направить запросы в иные органы и организации, срок рассмотрения жалобы по решению должностного лица, ответственного или уполномоченного работника СМО может быть продлен, но не более чем на один месяц. О продлении срока рассмотрения жалобы заявитель уведомляется письменно с указанием причин продления.

5. Обращение застрахованного лица в письменной форме должно содержать следующую информацию:

- наименование СМО, структурного подразделения СМО;
- фамилию, имя, отчество должностного лица, которому адресовано заявление;
- фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) заявителя;
- контактные данные (телефон, адрес электронной почты (при наличии), почтовый адрес) заявителя;
- наименование должности, фамилия, имя и отчество работника, должностного лица, решение, действие или бездействие, которого обжалуется (при наличии информации);
- суть (обстоятельства) обжалуемого действия (бездействия), основания, по которым заявитель считает, что нарушены его права, свободы и законные интересы, созданы препятствия к их реализации, либо незаконно на него возложена не предусмотренная законодательством РФ обязанность, требования об отмене решения, о признании незаконным действия (бездействия);
- иные сведения, документы и материалы либо их копии, имеющие отношение к существу обращения, которые заявитель считает необходимым сообщить, в том числе копию письменного обоснования действия работника (при его наличии);
- личную подпись и дату.

Если документы, имеющие существенное значение для рассмотрения жалобы, отсутствуют или не приложены к обращению, решение принимается без учета доводов, в подтверждение которых документы не представлены.

6. В ходе рассмотрения обращения (жалобы, претензии) застрахованного лица должностное лицо, ответственный или уполномоченный работник СМО осуществляют проверку законности и обоснованности принятия решений, действий или бездействия работников, структурных подразделений СМО, участвующих в оказании услуг по выдаче полисов ОМС, запрашивают объяснительные (служебные) записки и иные необходимые документы.

7. По результатам рассмотрения обращения (жалобы, претензии) должностное лицо, ответственный или уполномоченный работник СМО принимает решение об удовлетворении требований заявителя и о признании неправомерным обжалованного решения, действия (бездействия) либо об отказе в удовлетворении жалобы.

8. По результатам рассмотрения обращения в СМО оформляется решение, в котором указываются конкретные сроки принятия мер по устранению выявленных нарушений, восстановлению нарушенных прав и законных интересов застрахованного лица. В решении могут содержаться рекомендации по организации работы и контролю по предоставлению услуг по выдаче полисов ОМС, наложению взысканий на лиц, допустивших нарушение прав и законных интересов застрахованных лиц, иные положения, направленные на совершенствование административных процедур и повышение качества предоставления услуг по выдаче полисов ОМС.

9. Письменный ответ, содержащий результаты рассмотрения обращения, направляется заявителю на его почтовый адрес и/или адрес электронной почты.

10. Письменное обращение застрахованного лица не рассматривается в следующих случаях:

- отсутствие сведений об обжалуемом действии (бездействии) и решении (в чем выразилось, кем принято),
- отсутствие сведений о фамилии, имени, отчестве заявителя, его почтовом адресе и/или адресе электронной почты, по которому должен быть направлен ответ;
- отсутствие подписи заявителя в письменном обращении (жалобе);
- если предметом обращения является решение, принятое в судебном порядке;
- если в обращении (жалобе) содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу работника СМО, участвующего в предоставлении услуги по выдаче полиса ОМС, а также членов его семьи;
- текст письменного обращения не поддается прочтению;
- содержится вопрос, на который заявителю многократно давались письменные ответы по существу в связи с ранее направляемыми обращениями, и при этом в обращении не приводятся новые доводы и обстоятельства.

Письменный ответ с указанием причин отказа в рассмотрении обращения (жалобы, претензии) направляется заявителю не позднее 30 дней с момента его регистрации.

11. В соответствии с законодательством РФ застрахованные лица в досудебном порядке вправе обжаловать решения, действия или бездействия работников СМО при предоставлении услуг по выдаче полисов ОМС, а также результаты рассмотрения обращения застрахованного лица в СМО путем обращения:

- в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту предоставления услуги по выдаче полиса ОМС;
- федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

12. Застрахованные лица вправе обжаловать решения, принятые в ходе предоставления услуг по выдаче полисов ОМС, действия или бездействие должностных лиц, ответственных или уполномоченных работников, работников СМО, участвующих в предоставлении услуг по выдаче полисов ОМС, в судебном порядке. Обращения за защитой нарушенных прав и законных интересов в суды общей юрисдикции осуществляются застрахованными лицами в порядке, установленном законодательством о гражданском судопроизводстве.

Права и обязанности застрахованных лиц.

Каждому, кто застрахован по обязательному медицинскому страхованию, необходимо знать свои права и обязанности, а также, куда обращаться при возникновении проблем.

Застрахованные по ОМС лица имеют следующие права:

1. Бесплатное получение медицинской помощи в медицинских организациях при наступлении страхового случая (болезнь, травма и т.п.) на всей территории России в объеме, установленном базовой программой ОМС и на территории, в которой выдан полис – в объеме территориальной программой ОМС (в каждом регионе своя).
2. Выбор страховой медицинской организации в порядке, установленном правилами ОМС путем подачи заявления;
3. Замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года, но не позднее 1 ноября (либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения договора о финансовом обеспечении ОМС в отношении вашей страховой медицинской организации) путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.
4. Выбор медицинской организации из участвующих в реализации территориальной программы ОМС
5. Выбор врача путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации лично или через своего представителя.
6. Получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи по ОМС.
7. Защиту персональных данных, собранных для ведения персонифицированного учета в ОМС.
8. Возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением страховой медицинской организацией обязанностей по организации предоставления медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации;
9. Возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением, либо ненадлежащим исполнением медицинской организацией обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации
10. Защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Застрахованные лица обязаны:

1. Предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.
2. Подать заявление о выборе страховой медицинской организации в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя в соответствии с правилами ОМС.

3. Уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

4. 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.

Порядок выбора страховой медицинской организации

- застрахованное лицо имеет право на выбор или замену страховой медицинской организации (СМО) из числа СМО, перечень которых размещается территориальным фондом ОМС на его официальном сайте в сети «Интернет» и дополнительно может опубликовываться иными способами;
- для выбора или замены СМО застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) СМО. Если вы выбрали одну из наших компаний - посмотреть и скачать заявление и перечень документов, которые к нему необходимы можно здесь.

Выбор или замена СМО осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется СМО, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется СМО, выбранной его законным представителем.

Замену СМО застрахованное лицо имеет право осуществлять один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября, либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения деятельности той СМО, в которой гражданин был застрахован ранее. При изменении места жительства и отсутствии СМО, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо осуществляет выбор СМО по новому месту жительства в течение одного месяца. СМО уведомляет застрахованных лиц о намерении досрочно прекратить свою деятельность за три месяца до даты прекращения деятельности. При досрочном прекращении деятельности СМО застрахованное лицо в течение двух месяцев подает заявление о выборе (замене) СМО в другую СМО.

Если застрахованным лицом не представлено заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, то такое лицо считается застрахованным страховой медицинской организацией, в которой он был застрахован ранее.

Кто защитит ваши права

Страховая медицинская организация выдает полисы, ведет учет застрахованных граждан и оказанной им медицинской помощи, обязана информировать своих застрахованных о видах, качестве и условиях предоставления им медицинской помощи, защищать их права и интересы. Помните, страховая медицинская организация — ваш помощник в решении проблем и спорных вопросов, связанных с получением медицинской помощи по программе ОМС. Если вы застрахованы в одной из наших компаний вы можете обращаться в наши представительства за консультацией, правовой поддержкой, профессиональной помощью, для разрешения конфликта с медицинским учреждением или врачом.

В каждом региональном подразделении наших компаний есть специализированные центры и отделы по защите прав застрахованных и экспертизе качества медицинской помощи, которые возглавляют высокопрофессиональные специалисты. Телефоны и адреса данных подразделений можно найти тут.

Данные подразделения ведут прием обращений и жалоб граждан, осуществляют экспертный контроль оказанной застрахованным медицинской помощи.

Для удобства наших клиентов открыта круглосуточная «горячая линия», позвонить в которую можно по бесплатным телефонам 8-800-100-8101 или 8-800-100-8102. Кроме того, можно направить вопрос по электронной почте: kds@rgs-oms.ru, kds@kms-oms.ru.

В случае нарушения ваших прав вы всегда можете обратиться с заявлением (жалобой) в свою страховую компанию. Вы можете скачать нужную форму заявления (заявление-жалоба в СМО или заявление на возмещение расходов), заполнить ее и подать в филиал одной из наших компаний.

В случае требования о возмещении расходов не забудьте также приложить следующие документы к вашему заявлению: копии платежных документов (кассовых чеков, квитанций) и товарных чеков, подтверждающих оплату медицинских услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения, а также их количество и наименование; копии договоров на оказание платных медицинских услуг; копию выписки из истории болезни; копию полиса ОМС.

Поводами для обращения в страховую компанию являются следующие ситуации:

- отказ в предоставлении медицинской помощи при экстренных и неотложных состояниях из-за отсутствия полиса ОМС;
- нарушения порядка выдачи полиса ОМС, отказ в регистрации вас как застрахованного лица в системе ОМС на основании заявления о выборе СМО;
- требование срочно заменить полис ОМС, имеющий срок действия до 31.12.2010 г.;
- требование заплатить за обследование или лечение в рамках программы ОМС;
- несвоевременное или некачественное оказание медицинской помощи;
- любые другие нарушения ваших прав, как застрахованного лица и ваших прав пациента.

В СМО должны быть рассмотрены как устные, так и письменные обращения застрахованных лиц. Срок ответа на письменную жалобу не более 30 дней.

Наиболее часто встречающиеся нарушения при предоставлении медицинской помощи, выявленные нашими экспертами по обращениям застрахованных лиц вы можете посмотреть здесь.

При возникновении жалоб вы также можете обратиться в региональные учреждения и организации, наделенные полномочиями по надзору за деятельностью медицинских организаций и отвечающие за организацию и реализацию законодательных прав граждан. Прежде всего, это территориальные фонды ОМС и органы управления здравоохранением. Можно обращаться и в территориальные управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации, прокуратуру, уполномоченному по правам человека или непосредственно в суд.

Телефоны и адреса данных организаций на территории вашего региона можно посмотреть в разделе «Найти компанию ОМС или ее филиал».

Для того, чтобы мы более полно понимали и знали проблемы, возникающие при оказании медицинской помощи, могли принять меры по их устранению и предотвращению, просим вас заполнить анкету.