

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

**ПРИКАЗ
от 11 мая 2016 г. N 88**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ
ЗАСТРАХОВАННЫХ
ЛИЦ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

В целях конкретизации обязанностей участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, а также повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования приказываю:

1. Утвердить [Регламент](#) взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (далее - Регламент).

2. Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

2.1. организовать деятельность участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи согласно прилагаемому [Регламенту](#) (срок - 01.07.2016).

3. Контроль за исполнением Приказа оставляю за собой.

Председатель
Н.Н.СТАДЧЕНКО

Утвержден
приказом Федерального фонда
обязательного медицинского страхования

**РЕГЛАМЕНТ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ
ЗАСТРАХОВАННЫХ
ЛИЦ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

I. Общие положения

1. Настоящим Регламентом устанавливается порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (далее - сопровождение застрахованных лиц).

2. Участниками взаимодействия при сопровождении застрахованных лиц являются страховые медицинские организации и медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации, территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее - Участники).

3. Информационный обмен между Участниками осуществляется на основе организованного территориальным фондом обязательного медицинского страхования информационного ресурса, работающего в круглосуточном режиме и связанного с информационными системами территориального фонда обязательного медицинского страхования персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

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).

5. 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".

6. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования обеспечивают работу с устными обращениями граждан через администраторов и операторов контакт-центров.

Администратор контакт-центра - специалист территориального фонда обязательного медицинского страхования, осуществляющий контроль и анализ работы с обращениями граждан, поступившими по телефону, 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 обязательного медицинского страхования или иной организации, взаимодействующей с контакт-центром на территории субъекта Российской Федерации, 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.

7. Страховые медицинские организации обеспечивают сопровождение застрахованных лиц через страховых представителей всех уровней.

Страховой представитель 1 уровня - специалист контакт-центра 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.

Под профилактическими мероприятиями для целей настоящего Регламента понимается диспансеризация и профилактические и иные медицинские осмотры, оплата которых осуществляется за счет средств 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.

II. Порядок взаимодействия Участников при оказании застрахованным лицам услуг справочно-консультационного характера

1. При обращении гражданина в контакт-центр территориального фонда обязательного медицинского страхования 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 Федеральным фондом обязательного медицинского страхования сценариями.

2. 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.

3. Обращения граждан, поступившие по телефону в территориальный фонд обязательного медицинского страхования 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. 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.

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

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

7. Страховой представитель 1 уровня самостоятельно отвечает на вопросы граждан, носящие справочно-консультационный характер (типовые вопросы) в соответствии с утвержденными страховыми медицинскими организациями сценариями, а также информирует обратившихся

застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

8. 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.

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

10. 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 обязательного медицинского страхования и органы управления здравоохранением и получать информацию, необходимую для защиты прав застрахованных лиц;

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

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

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

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

III. Порядок взаимодействия Участников при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий

1. Медицинские организации средствами информационного ресурса предоставляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования в срок не позднее 31 января текущего года сведения о лицах, из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий в соответствии с планом проведения профилактических мероприятий в медицинской организации на текущий календарный год. Формат данных, содержащих сведения о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, устанавливается [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".

2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 5 рабочих дней с момента предоставления медицинской организацией сведений, на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений, в целях:

идентификации страховой принадлежности застрахованных лиц, включенных медицинской организацией в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий;

подтверждения прикрепления указанных застрахованных лиц к данной медицинской организации.

Протоколы автоматизированной обработки полученных от медицинских организаций сведений направляются в медицинские организации средствами информационного ресурса.

3. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с момента получения протокола средствами информационного ресурса вносит необходимые корректировки в сведения по прикрепленному контингенту и направляет в страховые медицинские организации с учетом результатов идентификации сведения о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий на текущий календарный год, распределенные поквартально с учетом имеющихся возможностей для самостоятельного выполнения работ (услуг), необходимых для проведения профилактических мероприятий в полном объеме, или привлечения для выполнения некоторых видов работ (услуг) иных медицинских организаций на основании заключенного договора.

4. Страховая медицинская организация в случае невыполнения медицинской организацией обязательств по своевременному предоставлению сведений о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий и их поквартальном распределении, информирует территориальный фонд обязательного медицинского страхования о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные

обязательства в установленные сроки.

5. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации для принятия решений.

6. Медицинская организация средствами информационного ресурса ежеквартально не позднее 1 числа месяца отчетного квартала осуществляет актуализацию сведений о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, и предоставляет данные в страховую медицинскую организацию.

7. Страховой представитель 2 уровня содействует привлечению застрахованных лиц, включенных медицинскими организациями в списки, к прохождению 1 этапа профилактических мероприятий, в том числе организует их индивидуальное информирование в письменной или иных формах о возможности прохождения профилактических мероприятий в текущем квартале в медицинской организации, к которой они прикреплены.

8. Индивидуальное информирование застрахованных лиц, включенных медицинскими организациями в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий на первый квартал текущего года, осуществляется страховой медицинской организацией в течение 10 - 15 рабочих дней с момента получения от медицинских организаций необходимых сведений, включенных в последующие отчетные кварталы - в течение 10 - 15 рабочих дней первого месяца отчетного квартала.

9. Страховой представитель 2 уровня ежеквартально по итогам квартала организует ведение учета застрахованных лиц, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, но не обратившихся в медицинскую организацию для их прохождения, в том числе для проведения телефонных опросов данных застрахованных лиц страховым представителем 1 уровня.

10. Страховой представитель 1 уровня осуществляет по установленной форме телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них.

11. Страховой представитель 2 уровня анализирует данные опросов, результаты опроса страховая медицинская организация доводит до руководителей медицинских организаций, территориальных фондов, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации.

12. Территориальный фонд обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации для принятия необходимых решений (изменения графика работы медицинских организаций, формирования мобильных медицинских бригад, проведения разъяснительной работы с руководителями организаций и

предприятий о необходимости беспрепятственного предоставления работникам возможности прохождения профилактических мероприятий и др.).

13. Медицинская организация по результатам проведения 1 этапа профилактических мероприятий вносит в реестр счетов для страховой медицинской организации по каждому застрахованному лицу, прошедшему 1 этап профилактических мероприятий, информацию о выданных назначениях и результатах проведенных мероприятий в соответствии с установленной формой.

14. Страховой представитель 2 уровня на основании результатов профилактических мероприятий, отраженных в реестрах счетов, ежемесячно ведет учет застрахованных лиц, подлежащих и отказавшихся от прохождения 2 этапа профилактических мероприятий.

15. Страховой представитель 2 уровня осуществляет в последующие периоды контроль полноты охвата 2 этапом профилактических мероприятий застрахованных лиц и своевременности его проведения, в том числе:

контролирует по реестрам счетов, предъявленных к оплате, факты обращений застрахованных лиц в медицинские организации для прохождения 2 этапа профилактических мероприятий;

при отсутствии информации об обращении в медицинскую организацию для прохождения 2 этапа профилактических мероприятий в течение 3 месяцев после завершения 1 этапа профилактических мероприятий организует информирование застрахованных лиц о необходимости обращения в медицинскую организацию для проведения дальнейших профилактических мероприятий в рамках 2 этапа;

осуществляет анализ работы медицинских организаций по показателю полноты охвата в 3-месячный срок 2 этапом профилактических мероприятий лиц, подлежащих прохождению 2 этапа профилактических мероприятий и не отказавшихся от него.

16. Страховой представитель 2 уровня ежеквартально по данным оплаченных реестров-счетов анализирует результаты профилактических мероприятий, на основании которых формирует и ведет аналитический учет застрахованных лиц:

не прошедших профилактические мероприятия в установленный срок;

прошедших профилактические мероприятия (в полном объеме или частично) в разрезе присвоенных им групп здоровья и установленных диагнозов хронических заболеваний, подлежащих дальнейшему диспансерному наблюдению и лечению.

17. Данные о присвоенной группе здоровья и выявленных хронических заболеваниях, полученные страховыми представителями 2 уровня, подлежат сохранению на информационном ресурсе, доступ к которому имеют страховые представители 3 уровня.

18. Страховые представители 3 уровня контролируют фактическое потребление застрахованными лицами, подлежащими диспансерному наблюдению, объемов медицинской помощи в медицинских организациях,

анализируют своевременность диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам диспансеризации, и осуществляют их индивидуальное информирование (при наличии согласия) о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению.

19. Медицинская организация по результатам проведения 2 этапа профилактических мероприятий вносит в реестр счетов для страховой медицинской организации по каждому застрахованному лицу, прошедшему 2 этап профилактических мероприятий, информацию о выданных назначениях и результатах проведенных мероприятий в соответствии с установленной формой.

IV. Порядок взаимодействия Участников при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке

1. Страховой представитель 2 уровня при обращении застрахованных лиц оказывает консультативную помощь по вопросам:

получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования;

права выбора медицинской организации при получении специализированной помощи в плановом порядке.

2. В соответствии с [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 02.02.2015, регистрационный N 35821) при выдаче направления на плановую госпитализацию лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой.

3. На основании информации, полученной от лечащего врача, застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи.

4. Оформление направления на оказание специализированной помощи осуществляется уполномоченным должностным лицом медицинской организации с учетом сведений, содержащихся в информационном ресурсе о количестве свободных мест для плановой госпитализации в выбранной

застрахованным лицом медицинской организации на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом даты освобождения места.

5. Информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании специализированной помощи осуществляется посредством информационного ресурса, организованного территориальным фондом, доступ к которому получают страховые представители 2 и 3 уровней страховых медицинских организаций и уполномоченные должностные лица медицинских организаций.

6. Участники взаимодействия вносят в информационный ресурс сведения и получают из него информацию, необходимую для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании специализированной медицинской помощи в соответствии с [Правилами обязательного медицинского страхования](#), утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 28.02.2011 N 158н, [приказом](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20.12.2013 N 263 "Об утверждении Порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования".

Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется не реже одного раза в сутки в соответствии с установленным территориальным фондом графиком передачи информации медицинских организаций и страховых медицинских организаций, а при наличии возможностей - в режиме реального времени.

7. Страховой представитель 2 уровня на основании сведений, внесенных в информационный ресурс о застрахованных лицах, направленных на госпитализацию, по факту госпитализации осуществляет мониторинг очередности и доступности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, своевременности и профильности плановой госпитализации. Информация о выявленных нарушениях, в том числе непрофильных госпитализациях, передается страховому представителю 3 уровня.

8. Страховой представитель 3 уровня на основании сведений, полученных от страхового представителя 2 уровня, осуществляет взаимодействие с медицинской организацией для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение.

9. Страховой представитель 2 уровня на основании сведений, внесенных в информационный ресурс, анализирует информацию о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, уточняет у застрахованного лица причины несостоявшейся госпитализации, при необходимости направляет информацию в медицинскую организацию, выдавшую направление на плановую госпитализацию, для изменения даты госпитализации застрахованного лица и информирует об этом

застрахованное лицо.

10. Информация о случаях несостоявшейся госпитализации по причине отсутствия медицинских показаний передается страховому представителю 3 уровня, который систематизирует полученную информацию и готовит предложения о необходимости проведения тематических экспертиз в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

11. Страховой представитель 3 уровня при наличии обращений застрахованных лиц:

участвует в оперативном разрешении спорных ситуаций, возникающих в момент госпитализации, путем взаимодействия с уполномоченными должностными лицами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

организует экспертизу оказания медицинской помощи в момент получения специализированной медицинской помощи для контроля доступности медицинской помощи, соответствия условий ее оказания установленным показателям, соблюдения прав пациента.

V. Ответственность Участников взаимодействия

Участники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за:

неправомерный отказ в приеме или рассмотрении обращений граждан, нарушение сроков рассмотрения обращений, неправомерное увеличение сроков рассмотрения обращений;

разглашение персональных и других сведений, составляющих охраняемую законом тайну, ставших известными в ходе рассмотрения обращения;

непредоставление информации и непринятие мер, необходимых для разрешения спорных ситуаций.
