

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З

« 03 » 05 2017 года № 109-П

г. Краснодар

**Об утверждении Порядка взаимодействия
Территориального фонда обязательного медицинского страхования
Краснодарского края, страховых медицинских организаций, медицинских
организаций, участвующих в реализации пилотного проекта «Бережливая
поликлиника», при информационном сопровождении застрахованных лиц
на всех этапах оказания им медицинской помощи**

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Федерального фонда 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» и в рамках реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Порядок взаимодействия Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, участвующих в реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника», при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (далее-Порядок) (прилагается).

2. Руководителям страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Краснодарского края, и медицинским организациям, участвующим в реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника», рекомендовать руководствоваться в своей работе утвержденным Порядком.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возлагаю на первого заместителя директора ТФОМС КК Л.Ю. Морозову.

Директор



Н.А. Губриева

Проект приказа согласован:
Первый заместитель директора



Л.Ю. Морозова

Заместитель директора

Л.Д. Белоусова

Начальник управления
организации обязательного
медицинского страхования

О.О. Стояновская

Начальник управления
информационных технологий

Л.Н. Шмыгленко

Начальник правового управления

Н.А. Ложечникова

Начальник отдела организации
обязательного медицинского
страхования и защиты прав застрахованных

И.Г. Дубовиков

Начальник организационно-
методического отдела

Ю.В. Амерханова

Приказ подготовлен отделом правового и кадрового обеспечения

ПРИЛОЖЕНИЕ

к приказу ТФОМС КК

от 03.05 - 2017 г. № 109-П

ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА», ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящим Порядком устанавливается регламент взаимодействия Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, участвующих в реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника», при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (далее - сопровождение застрахованных лиц).

1.2. Участниками взаимодействия при сопровождении застрахованных лиц являются страховые медицинские организации, медицинские организации, участвующие в реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника», (далее – медицинские организации), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края (далее - Участники).

1.3. Информационный обмен между Участниками осуществляется на основе организованного Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Краснодарского края (далее – ТФОМС КК) 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.

1.4. Регистрация и учет поступивших обращений граждан, а также результатов их рассмотрения осуществляется Участниками в электронном журнале обращений граждан, в соответствии с требованиями и порядком ведения, установленными Положением о порядке информационного обмена в системе обязательного медицинского страхования на территории Краснодарского края Версия 16.0 (далее - Электронный журнал).

1.5. Работа с обращениями граждан, зарегистрированными

в Электронном журнале, осуществляется в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 № 271 «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования», Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

1.6. ТФОМС КК обеспечивает 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 ТФОМС КК 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.

1.7. 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 Порядка 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.

2. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ УСЛУГ СПРАВОЧНО-КОНСУЛЬТАЦИОННОГО ХАРАКТЕРА

2.1. При обращении гражданина в контакт-центр ТФОМС КК 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.

2.2. 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.

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

2.4. 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 Порядком.

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

2.6. В случае если обращение гражданина поступило посредством информационного ресурса из ТФОМС КК, страховой представитель 1 уровня в установленном порядке осуществляет маршрутизацию к страховому представителю 2 или 3 уровней, или другому сотруднику страховой медицинской организации по компетенции.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. В случае если гражданин обращается в контакт-центр страховой медицинской организации или ТФОМС КК 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, ТФОМС КК.

2.10. 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 ТФОМС КК и органы управления здравоохранением и получать информацию, необходимую для защиты прав застрахованных лиц;

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

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

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

2.13. Администратор контакт-центра осуществляет контроль за работой с обращениями граждан, поступившими по телефонам в ТФОМС КК, а также напрямую в страховую медицинскую организацию через Электронный журнал посредством информационного ресурса.

3. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОХОЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

3.1. Участники указанного взаимодействия (медицинские организации,

страховые медицинские организации, ТФОМС КК) размещают информацию на информационном ресурсе (в соответствии с п. 203 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 28.02.2011 № 158н) с соблюдением требований по защите персональных данных и в формате, установленном приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

3.2. Министерство здравоохранения Краснодарского края утверждает план медицинских осмотров (диспансеризации, профилактических медицинских осмотров) на текущий календарный год в разрезе медицинских организаций с поквартальной/помесячной разбивкой и направляет его в медицинские организации, а также в ТФОМС КК.

3.3. ТФОМС КК в трехдневный срок с момента получения информации, указанной в пункте 3.2 настоящего Порядка, размещает ее на информационном ресурсе.

3.4. Медицинская организация до 31 января текущего года обеспечивает размещение на информационном ресурсе:

- плана проведения диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) на текущий календарный год с поквартальной/помесячной разбивкой в разрезе терапевтических участков (участков врача общей практики, фельдшерских участков) (далее - план профилактических мероприятий) с последующей актуализацией указанных данных (при необходимости);

- графиков плановых выездов мобильных бригад для проведения медицинских осмотров, проживающему в отдаленных районах (территориях) населению, и/или сроков запланированной доставки застрахованных лиц, проживающих в отдаленных районах, транспортными средствами;

- информации о специально выделенных днях для прохождения медицинских осмотров или отдельных видов исследований;

- информации о номерах телефонов медицинской организации;

- разбитых поквартально и в разрезе страховых медицинских организаций персонифицированных списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году с последующей ежеквартальной актуализацией указанных данных (при необходимости).

3.4.1. Медицинская организация при формировании планов проведения медицинских осмотров учитывает пол, возраст, дату рождения застрахованных лиц; сезонность, графики отпусков медицинского персонала (в том числе учебные отпуска); графики плановых выездов мобильных бригад и/или сроки запланированной доставки застрахованных лиц, проживающих в отдаленных районах, транспортными средствами; специально выделенные дни для прохождения медицинских осмотров или отдельных видов исследований.

3.4.2. Медицинская организация обеспечивает возможность записи

для прохождения пациентами медицинских осмотров посредством интернет обращения, при личном обращении гражданина в поликлинику (регистратуру или посредством информационного киоска самообслуживания) или по телефонной связи (многоканальный телефон, выделение отдельного номера);

3.5. 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.

3.6 ТФОМС КК 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.

3.7 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.

3.8. 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 ТФОМС КК о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства.

3.9. ТФОМС КК обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в министерство здравоохранения Краснодарского края для принятия решений.

3.10. ТФОМС КК осуществляет контроль представления медицинской организацией информации согласно пункту 3.4 настоящего Порядка на информационном ресурсе и информирует министерство здравоохранения Краснодарского края о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки для принятия управленческих решений.

3.11. До 1 февраля текущего года страховая медицинская организация получает из информационного ресурса необходимую для проведения индивидуального информирования застрахованных лиц информацию (список застрахованных лиц, о специально выделенных днях для прохождения медицинских осмотров или отдельных видов исследований, о номерах

телефонов медицинских организаций).

3.12. 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.

3.13. 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.

3.14. Страховая медицинская организация осуществляет индивидуальное информирование застрахованных лиц (посредством SMS-сообщений, электронным сообщением, телефонной, почтовой связи) подлежащих диспансеризации или профилактическому медицинскому осмотру согласно планам медицинских осмотров о:

- возможности прохождения медицинских осмотров в рекомендуемые сроки с указанием контактной информации медицинской организации, в которой застрахованный гражданин получает первичную медико-санитарную помощь (приглашение);
- прохождении медицинских осмотров (напоминание);
- втором этапе диспансеризации (при необходимости).

3.15. Страховая медицинская организация не позднее следующего дня после индивидуального информирования застрахованных лиц осуществляет размещение сведений об индивидуальном информировании застрахованных лиц в соответствии с пунктом 3.14 настоящего Порядка на информационном ресурсе.

3.16. ТФОМС КК осуществляет контроль представления страховой медицинской организацией информации согласно пункту 3.15 настоящего Порядка на информационном ресурсе, а также контроль (не реже 1 раза в месяц) информирования граждан страховой медицинской организацией.

3.17. Медицинская организация ежемесячно осуществляет обновление сведений о застрахованных лицах, начавших проходить диспансеризацию, завершивших первый этап диспансеризации, направленных на второй этап диспансеризации, завершивших второй этап диспансеризации, начавших проходить профилактического медицинского осмотра, завершивших проходить профилактического медицинского осмотра.

3.18. Медицинская организация обеспечивает доступ страховых представителей в медицинскую организацию для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи.

3.19. Медицинская организация предоставляет страховой медицинской

организации в целях оптимизации потока застрахованных лиц, подлежащих медицинским осмотрам:

- график работы медицинской организации при проведении медицинских осмотров;
- порядок маршрутизации застрахованных лиц при проведении медицинских осмотров;
- телефон ответственного лица медицинской организации, отвечающего за эффективное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями.

3.20. 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.

3.21. 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.

3.22. Страховой представитель 2 уровня анализирует данные опросов, результаты опроса страховая медицинская организация доводит до руководителей медицинских организаций, ТФОМС КК, министерства здравоохранения Краснодарского края.

3.23. ТФОМС КК обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в министерство здравоохранения Краснодарского края 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.).

3.24. 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.

3.25. 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.

3.26. 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.

3.27. 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.

3.28. 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.

3.29. 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.

3.30. 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.

4. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ

4.1. 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.

4.2. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» 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.

4.3. 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.

4.4. 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.

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

4.6. 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 № 158н, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20.12.2013 № 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.

4.7. 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.

4.8. 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.

4.9. 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.

4.10. 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.

4.11. 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.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ УЧАСТНИКОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

5.1. 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;

непредставление информации и принятие мер, необходимых для разрешения спорных ситуаций.