



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ  
(Депздрав Югры)**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ  
(ТФОМС Югры)**

**П Р И К А З**

Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи

от 21 ноября 2019 года  
Ханты-Мансийск

№ 1418/ 989

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», в целях повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования на всех этапах оказания им медицинской помощи, **п р и к а з ы в а е м:**

1. Утвердить регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (далее – Регламент) (приложение).

2. Руководителям медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, организовать работу в соответствии с Регламентом.

3. Руководителям страховых медицинских организаций, заключивших с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, организовать работу в соответствии с Регламентом.

4. Считать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 31 июля 2017 года № 803/473 «Об утверждении Регламента по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Е.В. Касьянову и первого заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры В.А. Смирнова.

Директор  
Департамента здравоохранения  
Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры

  
\_\_\_\_\_ А.А. Добровольский

Директор  
Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры

  
\_\_\_\_\_ А.П. Фучежи

Приложение к приказу  
Департамента здравоохранения  
Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры и  
Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования  
Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры  
от 21 ноября 2019 года № 1418/ 989

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

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент разработан с целью повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования на всех этапах оказания им медицинской помощи.

1.2. Настоящим Регламентом устанавливаются:

1.2.1. Порядок информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий (приложение 1);

1.2.2. Порядок информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании застрахованным лицам специализированной медицинской помощи в плановом порядке (приложение 2);

1.2.3. Порядок организации работы страховых представителей страховых медицинских организаций в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (приложение 3).

1.3. Настоящий Регламент разработан на основании следующих распорядительных документов:

Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»;

Постановления Правительства Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 1119 «Об утверждении требований к защите

персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных»;

Приказа Минздрава России от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 года № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;

Приказа Минздрава России от 13 марта 2019 года № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

Приказа Минздрава России от 29 марта 2019 года № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 года №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

1.4. Участниками информационного взаимодействия в рамках Регламента (далее – Участники) являются:

Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – Депздрав Югры);

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – ТФОМС Югры);

страховые медицинские организации, заключившие с ТФОМС Югры договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее – СМО);

медицинские организации Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – МО).

1.5. В настоящем Регламенте используются следующие термины, определения и сокращения:

VIPNET – защищенный канал электронной связи;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

Информационный ресурс ТФОМС Югры – программный комплекс, интегрированный с информационными системами ТФОМС Югры по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающий круглосуточно (далее – информационный ресурс). Страховые медицинские организации и медицинские организации получают доступ к информационному ресурсу и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи. 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.

Страховой представитель 1 уровня – специалист контакт-центра СМО, осуществляющий справочно-консультативное информирование граждан по типовым вопросам в сфере ОМС на основании их устных обращений.

Страховой представитель 2 уровня - специалист СМО, деятельность которого направлена на организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при осуществлении профилактических мероприятий, на защиту прав и законных интересов, застрахованных в сфере ОМС.

Страховой представитель 3 уровня - специалист-эксперт СМО 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.

**Порядок  
информационного взаимодействия  
участников обязательного медицинского страхования при  
информационном сопровождении застрахованных лиц при  
организации прохождения застрахованными лицами  
профилактических мероприятий**

1. Депздрав Югры утверждает план профилактических медицинских осмотров в том числе в рамках диспансеризации и диспансерного наблюдения на текущий календарный год с поквартальной/помесячной разбивкой и направляет его в медицинские организации, а также в ТФОМС Югры (в разрезе медицинских организаций).

Передача информации конфиденциального характера осуществляется только по защищенным каналам связи с использованием электронной цифровой подписи (ЭЦП) посредством программного комплекса ViPNet.

2. Медицинская организация:

2.1. В срок не позднее 31 января текущего года средствами информационного ресурса представляет:

2.1.1. Сведения о лицах, из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации и диспансерного наблюдения в текущем календарном году в соответствии с планом проведения;

2.1.2. Планы-графики проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансерного наблюдения на текущий календарный год с поквартальной/помесячной разбивкой в разрезе терапевтических участков не позднее двух рабочих дней с даты утверждения (изменения) указанного плана;

2.1.3. Сведения о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации на текущий календарный год;

При представлении медицинской организацией ТФОМС Югры сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации в текущем календарном году, и планируемых сроках диспансерного наблюдения дополнительно представляются следующие сведения:

диагноз заболевания, по поводу которого застрахованное лицо находится под диспансерным наблюдением;

дата включения застрахованного лица в группу диспансерного наблюдения;

периодичность диспансерного осмотра при диагнозе заболевания, по которому застрахованное лицо состоит на диспансерном наблюдении;

код медицинского работника, осуществляющего диспансерное наблюдение застрахованного лица в выбранной им медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи: врача-терапевта (участкового, общей практики), врача-специалиста (по профилю заболевания застрахованного лица), врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики, врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, фельдшера фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения;

сроки (календарный месяц) проведения диспансерного приема (осмотра, консультации), запланированные медицинской организацией, осуществляющей диспансерное наблюдение;

о месте проведения диспансерного приема (осмотра, консультации): медицинская организация или на дому (в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций);

результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий выдачу застрахованному лицу врачом - терапевтом направления для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе специализированного вида, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания застрахованного лица, в случае отсутствия такого врача-специалиста в медицинской организации;

результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий прекращение диспансерного наблюдения.

2.1.4. График работы медицинской организации, в том числе отделений (кабинетов) для прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, а также выездных мобильных бригад с указанием адресов их работы.

2.2. Ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени по рабочим дням осуществляет обновление сведений о застрахованных лицах:

2.2.1. Прошедших профилактический медицинский осмотр;

2.2.2. Начавших проходить диспансеризации;

2.2.3. Завершивших первый этап диспансеризации;

2.2.4. Направленных на второй этап диспансеризации;

### 2.2.5. Завершивших второй этап диспансеризации.

2.3. Ежемесячно вносит необходимые корректировки в сведения, представленные в соответствии с пунктами 2.1.1.-2.1.4. настоящего Порядка (сведения о лицах, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения на текущий календарный год, распределенные поквартально с учетом имеющихся возможностей медицинской организации 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).

### 3. Страховая медицинская организация:

3.1. Получает сведения, внесенные каждой медицинской организацией в информационный ресурс в срок не позднее 31 января текущего календарного года, о лицах, из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, в отношении которых планируется осуществление профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения в очередном календарном году, в том числе поквартально, а также о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации в текущем календарном году.

3.2. В случае несвоевременного представления сведений в соответствии с пунктами 2.1.1. - 2.1.4. настоящего Порядка информирует ТФОМС Югры о перечне медицинских организаций, не предоставивших указанные сведения в установленные сроки.

3.3. Осуществляет в течение года публичное информирование застрахованных лиц о целях и задачах профилактических осмотров, в том числе диспансеризации, и порядке их проведения через публикации в средствах массовой информации, распространение брошюр и памяток, выступления в коллективах застрахованных лиц, через размещение информации на официальном сайте.

3.4. Осуществляет индивидуальное информирование застрахованных лиц о праве прохождения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения.

3.4.1. Страховой представитель 2 уровня ежемесячно осуществляет информирование застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации или диспансерному наблюдению в текущем году, в том числе лиц, не прошедших данные мероприятия, или законных представителей застрахованных лиц о возможности прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации или диспансерного приема (осмотра, консультации). Каждое застрахованное



лицо, включенное в список для прохождения профилактических мероприятий, информируется один раз и один раз повторно, при неявке на профилактические мероприятия.

3.4.2. Страховой представитель 2 уровня не позднее трех рабочих дней после индивидуального информирования застрахованных лиц о прохождении профилактических мероприятий осуществляет размещение сведений об указанном информировании в информационном ресурсе:

даты первичного и повторного информирования страховой медицинской организацией застрахованного лица, находящегося под диспансерным наблюдением, и не прошедшего диспансерный прием (осмотр, консультацию) на момент осуществления информирования, о необходимости прохождения диспансерного осмотра в текущем году в установленные сроки;

способ первичного и повторного информирования страховой медицинской организацией застрахованного лица.

3.5. Ведет учет застрахованных лиц:

3.5.1. Подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, диспансеризации и диспансерному наблюдению в текущем календарном году;

3.5.2. Начавших проходить диспансеризации;

3.5.3. Завершивших первый этап диспансеризации;

3.5.4. Направленных на второй этап диспансеризации;

3.5.5. Завершивших второй этап диспансеризации;

3.5.6. Прошедших профилактический медицинский осмотр, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения.

3.6. Ежеквартально (ежемесячно) по итогам квартала (месяца) организует ведение учета застрахованных лиц, индивидуально проинформированных о праве прохождения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения, но не обратившихся в медицинскую организацию для их прохождения, в том числе для проведения телефонных опросов данных застрахованных лиц страховым представителем 1 уровня.

3.6.1. Страховой представитель 1 уровня осуществляет телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности выполнения медицинской организацией профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения, выяснения причин отказов от них. При этом количество лиц, подлежащих опросам должно составлять не менее 0,5% от числа лиц, прошедших по данным реестров-счетов профилактические медицинские осмотры, и 0,5% от числа лиц, не прошедших профилактические медицинские осмотры в отчетном квартале по каждой медицинской организации.

3.6.2. Страховой представитель 2 уровня анализирует данные опросов, результаты опроса страховая медицинская организация доводит до руководителей медицинских организаций, ТФОМС Югры, Депздрава Югры.

3.7. Представляет в ТФОМС Югры отчет об информационном сопровождении при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий по форме, устанавливаемой Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

#### 4. ТФОМС Югры

4.1. В течение пяти рабочих дней с момента представления медицинской организацией сведений в соответствии с пунктами 2.1.1. - 2.1.4. настоящего Порядка, 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 профилактического медицинского осмотра, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения;

проверки соответствия прикрепления лиц, включенных в списки, к данной медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи.

4.2. В случае непредоставления сведений, указанных в пунктах 2.1.1. - 2.1.4. настоящего Порядка в установленные сроки, консолидирует информацию, полученную от страховой медицинской организации, и направляет ее в Депздрав Югры для принятия решений.

4.3. Обеспечить представление в Депздрав Югры сведений (с нарастающим итогом с начала текущего года):

о количестве предоставленных и оплаченных ТФОМС Югры реестрах счетов проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определённых групп взрослого населения в разрезе медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, ежемесячно, в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным;

о количестве предоставленных и оплаченных ТФОМС Югры реестрах счетов проведения профилактических медицинских осмотров и граждан старше трудоспособного возраста (женщины в возрасте 55 лет и старше, мужчины в возрасте 60 лет и старше) в разрезе медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, ежемесячно в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным;

о количестве предоставленных и оплаченных ТФОМС Югры реестрах счетов проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации несовершеннолетних в разрезе медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, ежемесячно в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным.

**Порядок  
информационного взаимодействия участников обязательного  
медицинского страхования при информационном сопровождении  
застрахованных лиц при оказании застрахованным лицам  
специализированной медицинской помощи в плановом порядке**

1. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе о застрахованных лицах за истекшие сутки, получивших направление в медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации.

2. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе за истекшие сутки о:

выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией на осуществление медицинской деятельности медицинской организации;

количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие десять рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места;

застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее - талон на оказание ВМП) в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

3. Страховая медицинская организация.

3.1. Ежедневно по состоянию на 09.00 часов местного времени по каждой медицинской организации, с которой у нее заключен договор на

оказание и оплату медицинской помощи, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную, ведет учет информации за истекшие сутки о:

количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие десять рабочих дней с учетом планируемой даты освобождения места;

застрахованных лицах, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации;

застрахованных лицах, госпитализированных в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи по направлениям, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в плановом порядке (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

3.2. Ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую медицинскую организацию, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь о застрахованных лицах, получивших за истекшие сутки направление на госпитализацию в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), включая дату госпитализации.

3.3. Ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую медицинскую организацию, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказывающую первичную медико-санитарную помощь и/или специализированную медицинскую помощь:

об объемах медицинской помощи и количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) оказания медицинской помощи по каждой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

3.4. На основании информации, полученной в соответствии с пунктом 3.1. настоящего Порядка, в течение одного рабочего дня осуществляет контроль правильности направлений застрахованных лиц на госпитализацию в профильные медицинские организации.

3.5. При выявлении случаев нарушений соблюдения сроков госпитализации, профиля госпитализации и уровня медицинской организации страховая медицинская организация информирует руководителя медицинской организации, Депздрав Югры, ТФОМС Югры и при необходимости принимает меры по переводу пациента в другую медицинскую организацию соответствующего профиля и имеющую оснащение в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

**Порядок  
организации работы страховых представителей страховых  
медицинских организаций в медицинских организациях,  
осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского  
страхования**

1. Общие положения.

1. Настоящий порядок разработан в целях организации деятельности страховых представителей страховых медицинских организаций в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, а также по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Организация работы страховых представителей.

2.1. Страховой представитель в медицинской организации (далее - страховой представитель) - сотрудник страховой медицинской организации, оказывающий застрахованным лицам содействие в оперативном решении вопросов обеспечения доступности медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем выявления и устранения нарушений доступности медицинской помощи, приема, регистрации и организации рассмотрения обращений по поводу объемов и качества оказанной медицинской помощи, а также осуществляющий информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечение информирования застрахованных лиц и их законных представителей. Страховые представители не обеспечивают работу по консультированию и приему заявлений застрахованных лиц о выборе (замене) СМО.

2.1.1. Пост страхового представителя в медицинской организации (далее - пост) - стационарное рабочее место страхового представителя в медицинской организации, оборудованное за счет страховой медицинской организации средствами телекоммуникационной связи, выходом в сеть «Интернет» и доступом к соответствующим ресурсам страховой медицинской организации для регистрации обращений граждан, к информационному ресурсу ТФОМС Югры, и медицинской организации в целях получения информации, необходимой для оперативного решения вопросов, а также другими техническими средствами и канцелярскими принадлежностями, необходимыми для осуществления деятельности.

2.1.2. Визит страхового представителя (далее - визит) - форма организации работы страхового представителя в медицинской организации по согласованному медицинкой организацией и страховой медицинской

организацией графику, при которой он обеспечен за счет страховой медицинской организации средствами телекоммуникационной связи, выходом в сеть «Интернет» и доступом к соответствующим ресурсам страховой медицинской организации для регистрации обращений граждан, к информационному ресурсу ТФОМС Югры, и медицинской организации, не предполагающая организацию стационарного оборудованного рабочего места страхового представителя в медицинской организации, при которой страховой представитель в медицинской организации активно опрашивает граждан на предмет наличия предложений, замечаний и жалоб, касающихся работы медицинской организации, проводит анкетирования и консультации, принимает обращения застрахованных лиц, выполняет другие функции по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в рамках компетенции;

2.2. СМО обеспечивает страхового представителя в медицинской организации вне зависимости от формы организации работы (пост или визит), техническими средствами связи, включая доступ в сеть «Интернет» и средствами телекоммуникационной связи, позволяющими гражданам оперативно связаться со страховыми представителями первого уровня, получить консультацию, передать обращение или жалобу, а также обеспечивает страхового представителя информацией, необходимой для выполнения возложенных на него функций (сценарием ответов на типовые вопросы и т.п.).

2.3. Для определения времени работы страхового представителя в МО учитываются следующие параметры:

2.3.1. Тип медицинской организации;

2.3.2. Группа, к которой относится медицинская организация в зависимости от посещаемости застрахованными лицами в смену:

Группа I - менее 100 посещений в смену,

Группа II - 100 - 299 посещений в смену,

Группа III - 300 - 599 посещений в смену,

Группа IV - 600 - 999 посещений в смену,

Группа V - 1000 посещений в смену и более;

2.3.3. Время наибольшей нагрузки (посещений застрахованными лицами медицинской организации);

2.3.4. Доля застрахованных лиц СМО, прикрепленных к медицинской организации, в общем числе прикрепленных к медицинской организации лиц;

2.3.5. Количество обоснованных жалоб, поступивших в СМО и ТФОМС Югры на деятельность МО, а также на качество оказываемой медицинской помощи в данной МО.

2.4. График работы страховых представителей составляется СМО:

2.4.1. По дням и времени суток без учета посещаемости амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов, входящих в состав медицинской организации, СМО организует работу страховых представителей в форме

визита во всех амбулаториях и фельдшерско-акушерских пунктах, входящих в состав поликлиники, к которой прикреплены застрахованные лица СМО, не реже одного раза в полугодие.

2.4.2. С учетом наиболее посещаемого застрахованными лицами медицинской организации времени (предположительно понедельник/среда/пятница при организации работы страхового представителя в медицинской организации 3 дня в неделю или понедельник/четверг при организации работы 2 дня в неделю; в утреннее время с открытия поликлиники и в вечернее время в период с 17.00 до окончания работы поликлиники).

2.5. Рекомендуемые нормы общего времени работы страхового представителя в МО, представлены в Таблице № 1

Таблица № 1

| Группа МО в зависимости от количества посещений в смену | I  | II                    | III                      | IV                         | V                          |
|---|--|-----------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Количество посещений в смену                            | Менее 100                                      | 100 - 299             | 300 - 599                | 600 - 999                  | 1000 и более               |
| При отсутствии обоснованных жалоб:                      |  |                       |                          |                            |                            |
| Организация работы поста                                | X  | X                     | X                        | 5 дней в неделю по 4 часа  | 5 дней в неделю по 6 часов |
| Организация работы визита                               | 4 часа 1 раз в месяц                           | 4 часа 2 раз в месяц  | 2 дня в неделю по 4 часа | X                          | X                          |
| При увеличении количества обоснованных жалоб:           |  |                       |                          |                            |                            |
| Организация работы поста                                | X  | X                     | X                        | 5 дней в неделю по 6 часов | 5 дней в неделю по 6 часов |
| Организация работы визита                               | 4 часа 2 раз в месяц или 2 часа 1 раз в неделю | 4 часа 1 раз в неделю | 4 дня в неделю по 4 часа | X                          | X                          |

### 3. Требования к страховому представителю

3.1. Отсутствие конфликта интересов: страховым представителем не может быть лицо, являющееся сотрудником:

медицинской организации;

организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового



наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителем, работником иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций).

4. Права и обязанности страхового представителя.

4.1. Страховой представитель имеет право:

4.1.1. Обращаться к должностным лицам МО за содействием и получать от них информацию, необходимую для осуществления консультирования граждан и оперативного решения правовых вопросов получения ими бесплатной и доступной медицинской помощи (в том числе о наличии в медицинской организации лекарственных средств, расходных материалов и изделий медицинского назначения, о длительности сроков ожидания лабораторных и диагностических исследований и т.п.);

4.1.2. Обращаться в ТФОМС Югры для получения информации, необходимой для защиты прав граждан;

4.1.3. Обращаться к руководителю МО, к руководителю СМО, в случае непредставления должностными лицами МО информации, необходимой для осуществления консультирования граждан и оперативного решения правовых вопросов получения ими бесплатной и доступной медицинской помощи, а также вносить предложения по вопросам совершенствования деятельности страхового представителя в МО.

4.2. Страховой представитель выполняет следующие обязанности:

4.2.1. Отвечает на вопросы граждан, касающиеся соблюдения их прав при оказании медицинской помощи, доступности и качества медицинской помощи, в пределах своей компетенции, в том числе застрахованных граждан с полисом любой СМО, независимо от страховой принадлежности. При этом по обращениям граждан, застрахованных в СМО, сотрудником которой он является, страховой представитель организует рассмотрение обращений. Гражданам, застрахованным в других СМО, страховой представитель оказывает содействие в маршрутизации для регистрации обращений в СМО, застрахованным лицом которой является гражданин. В случаях поступления обращений от лиц, застрахованных в других субъектах Российской Федерации, страховой представитель переадресовывает обращение в филиал СМО, в которой застрахован гражданин, расположенный на территории субъекта Российской Федерации, а при отсутствии филиала СМО - в ТФОМС Югры;

4.2.2. Принимает обращения граждан по вопросам ОМС;

4.2.3. Организует и участвует в рассмотрении обращений граждан;

4.2.4. Выявляет случаи неудовлетворенности доступностью и качеством оказанной медицинской помощи посредством опроса и анкетирования застрахованных лиц;

4.2.5. Предпринимает действия в рамках рассмотрения обращений граждан, направленные на соблюдение их прав, доступность и качество медицинской помощи в пределах своей компетенции;

4.2.6. Осуществляет учет обращений граждан застрахованных лиц к страховому представителю.

5. Медицинские организации.

5.1. Ежеквартально согласовывают с СМО график работы страховых представителей в МО с учетом времени наибольшей нагрузки (посещений застрахованными лицами МО);

5.2. Для организации деятельности страхового представителя:

5.2.1. Безвозмездно предоставляют СМО доступное для пациентов место для деятельности страховых представителей в холле (коридоре) поликлиники рядом с регистратурой;

5.2.2. Предоставляют в СМО списки должностных лиц, ответственных за взаимодействие со страховыми представителями;

5.2.3. Организуют взаимодействие со страховыми представителями непосредственно в МО;

5.3. Вправе ежемесячно запрашивать количество и структуру поступивших к страховому представителю обращений;

5.4. В случае возникновения разногласий по вопросам работы страховых представителей обращаются в ТФОМС Югры, для принятия мер к разрешению возникших разногласий.

6. ТФОМС Югры

6.1. Координирует деятельность СМО по организации работы страховых представителей.