

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

П Р И К А З

" 18 " 05 2017 г.

г. Нальчик

№ 146

**Об утверждении Регламента работы Контакт-центра в сфере
обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики**

В соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 №271 «О создании Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – приказ ФФОМС), в целях повышения эффективности осуществления контроля за рассмотрением обращений застрахованных лиц и результатами их рассмотрения, повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования, приказываю:

1. Утвердить Регламент работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики (далее – Регламент) согласно приложению №1.

2. Утвердить Сценарий «обратной связи» с населением для получения информации, касающейся вопросов сферы обязательного медицинского страхования согласно приложению №2.

3. Утвердить Перечень сценариев с ответами на типовые вопросы для Операторов 1-го уровня Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики согласно приложению №3.

4. Утвердить форму единого электронного журнала обращений граждан и порядок обмена сведениями о поступивших и рассмотренных обращениях граждан между Территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями согласно приложению №4.

5. Администратору Контакт-центра (Кантеева Ж.В.):

5.1. Обеспечить организацию и контроль за работой с обращениями граждан, поступившими по телефону Контакт-центра или в письменном виде;

5.2. Ежемесячно проводить обработку, анализ и систематизацию поступающих обращений граждан;

5.3. Ежеквартально подготавливать аналитические материалы о работе с обращениями граждан (письменными и устными), в том числе по результатам контроля работы Операторов 1-го и 2-го уровня за отчетный период и в срок не позднее 5 числа месяца следующего за отчетным месяцем доводить данные материалы до сведения директора ТФОМС КБР,

соответствующих страховых медицинских организаций.

6. Администратору, операторам 1, 2 уровня ТФОМС КБР при осуществлении деятельности Контакт-центра руководствоваться Регламентом, утвержденным настоящим приказом, соблюдать установленные действующим законодательством требования к защите персональных данных.

7. Начальнику отдела информатизации и информационно-аналитического обеспечения (Шаов А.К.):

7.1. Обеспечивать техническую возможность работы Контакт-центра в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим приказом;

7.2. Обеспечивать информирование страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, о регламентных или технических работах в срок не позднее, чем за 3 рабочих дня до планируемой даты проведения работ;

7.3. Обеспечивать предоставление доступа к Информационной системе Контакт-центра Администратору, Операторам 1, 2 уровня ТФОМС КБР, страховым представителям 1, 2 уровня СМО, уполномоченным приказами соответствующей организации.

8. Рекомендовать руководителям страховых медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики:

8.1. обеспечивать деятельность Контакт-центра в соответствии с Регламентом, утвержденным настоящим приказом;

8.2. при осуществлении деятельности в Контакт-центре соблюдать установленные действующим законодательством требования к защите персональных данных.

9. Сектору делопроизводства (Шакманова Ф.З.) ознакомить под роспись назначенных настоящим приказом ответственных лиц ТФОМС КБР, направить копии настоящего приказа в адрес страховых медицинских организаций.

10. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по организации ОМС Кульбаеву М.М.

Директор



З.М. Бгажнокова

РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ КОНТАКТ-ЦЕНТРА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

I. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент устанавливает порядок работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики (далее - Контакт-центр, Регламент соответственно).

1.2. Участниками реализации Регламента являются Территориальный фонд и страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Кабардино-Балкарской Республике (далее - участники).

1.3. Информация о функционировании и режиме работы Контакт-центра размещается на официальных сайтах участников реализации Регламента, а также на информационных стендах медицинских организаций.

1.4. Регистрация и учет поступивших обращений, а также результатов их рассмотрения осуществляется в едином электронном журнале обращений граждан (далее - электронный журнал).

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

1.6. Работа с обращениями граждан, зарегистрированными в электронном журнале, осуществляется в соответствии с 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».

1.7. Организационно-техническое обеспечение Контакт-центра осуществляет Территориальный фонд.

1.8. Финансовое обеспечение производится за счет средств Территориального фонда и страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, и иных источников, не запрещенных действующим законодательством.

1.9. Администратор Контакт-центра - работник Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республике (далее – Территориальный фонд), назначенный приказом Территориального фонда ответственным за осуществление контроля работы с обращениями граждан, проведение аналитической работы и разработку предложений и мероприятий, направленных на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи.

1.10. Оператор 1-го уровня - специалист Call-центра осуществляет прием, переадресацию, фиксирование входящих звонков с обращениями граждан,

поступившими по телефону «Горячей линии», в соответствии со стандартом (сценарием) обслуживания.

Оператор 2-го уровня - назначенный приказом работник Территориального фонда, осуществляющий консультирование, принятие мер, подготовку отчетов о проведенной работе по поступившим обращениям граждан.

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

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

Страховой представитель 2 уровня - специалист страховой медицинской организации, деятельность которого направлена на организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, на защиту прав и законных интересов, застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования.

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

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

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

обращаться в Территориальный фонд и Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики для получения информации, необходимой для защиты прав застрахованных лиц;

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

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

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

II. Основные функции Контакт-центра

Основными функциями Контакт-центра являются:

2.1. прием и рассмотрение обращений граждан;

2.2. оказание справочно-консультативной помощи гражданам;

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

2.4. обобщение и анализ обращений граждан с целью выявления системных проблем в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики с информированием Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики и Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Кабардино-Балкарской Республике;

2.5. проведение телефонных опросов граждан по итогам рассмотрения их обращений;

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

III. Порядок работы с обращениями граждан, поступившими по телефону «Горячей линии»

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

3.2. Для реализации работы «Горячей линии» Территориальный фонд выделяет линию с прямым городским и федеральным телефонным номером, привлекает организацию по обработке звонков на условиях аутсорсинга (далее - Call-центр) и организует интеграцию имеющихся служб информирования населения с многоканальными телефонами.

3.3. Обращения граждан поступают на бесплатный телефонный номер 8-800-555-30-40 (далее - телефонный номер), работающий круглосуточно в режиме Call-центр (оператор 1-го уровня), с обязательной аудиозаписью входящих и исходящих звонков.

3.4. Оператор 1-го уровня самостоятельно отвечает на вопросы граждан, носящие справочный и/или консультационный характер (типовые вопросы), в соответствии с утвержденными Территориальным фондом сценариями.

3.5. В случае получения вопроса, не относящегося к типовым, оператор 1-го уровня производит переадресацию обращения гражданина на Оператора 2-го уровня Территориального фонда по классификации вопроса или страховому представителю 2 уровня по вопросам, требующим незамедлительного решения.

3.6. Обращения граждан, поступившие по телефону «Горячей линии», регистрируются Оператором 1-го уровня в едином электронном журнале и направляются Оператору 2-го уровня для дальнейшей работы с обращением или, в случае самостоятельного ответа на поставленные гражданином вопросы, - Администратору Контакт-центра.

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

3.8. 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.

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

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

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

3.12. 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.

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

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

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

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

организации, оператор и страховой представитель 2-го уровня должны предложить гражданину обратиться за необходимой информацией в письменном виде.

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

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

3.19. Администратор Контакт-центра осуществляет контроль за работой с обращениями граждан, поступившими по телефону "Горячей линии", осуществляемой операторами и страховыми представителями 1-го и 2-го уровней, оценивает уровень их работы.

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

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

IV. Порядок работы с обращениями граждан, поступившими в письменной или устной форме на личном приеме, по почте, телеграфу, факсимильной связи, информационным системам общего пользования

4.1. Регистрация обращений, поступивших в письменной форме или форме электронного документа, осуществляется операторами и страховыми представителями 1-го и 2-го уровня, путем создания регистрационно-контрольной карты в электронном журнале.

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

4.3. С целью обеспечения организации и персонифицированного учета работы с письменными обращениями в электронном журнале разграничение доступа к обращениям осуществляется следующим образом:

- Администратор Контакт-центра имеет доступ ко всем обращениям, находящимся на рассмотрении в Территориальном фонде и страховых медицинских организациях;
- страховые медицинские организации имеют доступ к обращениям, находящимся на рассмотрении в данной страховой организации;
- Территориальный фонд имеет доступ к обращениям, находящимся на рассмотрении в Территориальном фонде.

V. Порядок ведения единого электронного журнала обращений граждан

5.1. Участники реализации Регламента ведут электронный журнал, расположенный на защищенном ресурсе Территориального фонда.

5.2. Необходимым условием ведения электронного журнала является возможность электронной базы вести автоматический учет и регистрацию технологических операций по введению данных с автоматическим присвоением порядкового номера каждому обращению граждан, а также формированием электронных записей, соответствующих форме электронного журнала, и формированием требуемых отчетных форм.

5.3. В электронном журнале подлежат регистрации обращения граждан, поступающие в Территориальный фонд и страховые медицинские организации в письменной (по почте, телеграфу, факсимильной связи, информационным системам общего пользования) или устной форме (на личном приеме, по «Горячей линии»).

5.4. На каждое обращение создается индивидуальная РКК.

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

5.6. После сохранения обращение приобретает статус «В работе» и подсвечивается желтым цветом.

Работа с обращением осуществляется в режиме «Редактирование» внесения новых записей (заполнения полей). Если по обращению проведены все необходимые мероприятия и заполнено поле «Принятые меры», работа по обращению считается законченной, при этом цвет записи обращения в электронном журнале изменяется на «белый».

Информацию, внесенную в поля, необходимо излагать лаконичным и точным языком, позволяющим сделать однозначные выводы о проведенных мероприятиях.

5.7. Администратор Контакт-центра осуществляет «закрытие» обращения, после чего редактирование внесенных в электронный журнал записей становится недоступным.

VI. Порядок аналитической обработки обращений граждан и контроля

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

6.2. Администратор Контакт-центра ежеквартально подготавливает аналитические материалы о работе с обращениями граждан (письменными и устными), в том числе по результатам контроля работы Операторов и страховых представителей 1-го и 2-го уровней за отчетный период.

6.3. Аналитические материалы о работе с письменными и устными обращениями граждан в страховых медицинских организациях (ежемесячно нарастающим итогом), а также результаты контроля работы страховых

представителей 1-го и 2-го уровня (ежеквартально) Администратору Контакт-центра представляют руководители страховых медицинских организаций.

6.4. Аналитические материалы доводятся Администратором Контакт-центра до организаций, участвующих в работе телефона «Горячей линии», в целях подготовки и направления медицинским организациям, органам местного самоуправления, иным организациям рекомендаций по устранению (недопущению) случаев нарушения прав застрахованных лиц.

Сценарий «обратной связи» с населением для получения информации,
касающейся вопросов сферы ОМС

С понедельника по пятницу с 09.00 до 18.00:

Звонок

Ответ оператора 1-го уровня

С понедельника по пятницу с 18.00 до 09.00,

В выходные и праздничные дни:

Звонок

Ответ в режиме «робота»:

Здравствуйте, Вы позвонили в Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Кабардино – Балкарской Республики.

Нажмите:

- 1 по вопросам, касающимся полиса ОМС,
- 2 по вопросам оказания медицинской помощи в медицинских организациях,

Если Вы звоните по другому вопросу, оставьте сообщение после звукового
сигнала.

Для возврата в главное меню, нажмите *

Пункт 1

Нажмите

- 1 по вопросам выбора или замены страховой медицинской организации;
- 2 по вопросам выдачи, получения или замены страхового медицинского полиса;
- 3 по вопросам обеспечения полисами ОМС иностранных граждан, беженцев и
лиц без гражданства;
- 4 в случае жалобы или предложений по работе страховой медицинской
организации.

Для возврата в главное меню, нажмите *

П 1.1

- Для выбора или замены страховой медицинской организации гражданин лично
или через своего представителя обращается в выбранную страховую медицинскую
организацию с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации.
- Замену страховой медицинской организации застрахованное лицо имеет право
осуществлять один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября, либо
чаще, в случае изменения места жительства, как в центральных офисах страховых
медицинских организаций, так и в их филиалах. Ознакомиться с адресами,

телефонами и режимами работы пунктов выдачи полисов можно на официальных сайтах и в центральных офисах страховых медицинских организаций, действующих на территории Кабардино – Балкарской Республики.

- В случае изменения места жительства гражданин осуществляет выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца. Если застрахованным лицом не представлено заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, то такое лицо считается застрахованным страховой медицинской организацией, в которой он был застрахован ранее.

Страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино–Балкарской Республики:

- Филиал ООО «РГС Медицина» в г. Нальчике,

Адрес: г. Нальчик, ул. Пачева, д.36, тел. 8 (8662) 22-91-81, 8-938-701-91-81;

- Кабардино–Балкарский филиал ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед»,

Адрес: г. Нальчик, ул. Чернышевского, 212, тел. 8(8662) 42-67-84;

- Кабардино-Балкарский филиал ООО «Страховая компания «ВСК-Милосердие»,

Адрес: г. Нальчик, ул. Шортанова, д.40, тел. 8(8662) 76-00-30.

Для возврата в главное меню, нажмите *

п 1.2

Полисы обязательного медицинского страхования (далее – полис ОМС), выданные лицам, застрахованным по ОМС до 1 января 2011 г., являются действующими до замены их на полисы ОМС единого образца.

Для получения или обмена полиса ОМС Вам необходимо лично или через своего представителя (по доверенности) обратиться в выбранную страховую медицинскую организацию.

Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия, ОМС осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Полис ОМС оформляется на основании: заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации с приложением соответствующих документов. Перечень документов для получения полиса обязательного медицинского страхования можно посмотреть на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования (tfomskbr.ru.) или на сайте выбранной страховой медицинской организации.

Переоформление полиса ОМС осуществляется в случаях:

- 1) изменения фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства;
- 2) изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица;
- 3) установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

Переоформление полиса ОМС осуществляется по заявлению о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса и при предъявлении документов, подтверждающих изменения.

Выдача дубликата полиса ОМС осуществляется в случаях:

- 1) ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования;
- 2) утери полиса ОМС.

Заявления могут оформляться как в письменной форме, так и машинописным способом.

Для возврата в главное меню, нажмите *

п 1.3

Обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации подлежат все иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно или временно проживающие в РФ, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».

Согласно ФЗ от 19 февраля 1993 г. №4528-1 «О беженцах» лицо, признанное беженцем, и прибывшие с ним члены его семьи имеют право на медицинскую и лекарственную помощь наравне с гражданами РФ.

Соответственно, обязательное медицинское страхование иностранных граждан и членов их семей, прибывших в РФ по основаниям, предусмотренным ФЗ «О беженцах», осуществляется на общих основаниях с гражданами РФ в случае установления им органами Федеральной миграционной службы России юридического статуса беженца и выдачи соответствующего документа:

- удостоверения беженца;
- свидетельства о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу;
- копии жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению;
- свидетельства о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации.

Для возврата в главное меню, нажмите *

ПУНКТ 2

При получении медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации, гражданин имеет право не чаще одного раза в год на выбор медицинской организации (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а в выбранной медицинской организации – на выбор врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики или фельдшера (с учетом согласия врача) путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя выбранной медицинской организации.

Для возврата в главное меню, нажмите *

Сценарий
ТИПОВЫХ ВОПРОСОВ И ОТВЕТОВ для оператора 1 уровня (страхового
представителя 1 уровня)

№	Вопрос	Ответ
1.	Как получить направление на плановое стационарное лечение?	Направление на госпитализацию выдает участковый врач (педиатр, терапевт, врач общей практики) или узкий специалист Вашей поликлиники при наличии показаний
2.	Как получить направление на МРТ, КТ по полису ОМС?	Медицинские показания для проведения МРТ, КТ исследований устанавливаются лечащим врачом.
3.	Как можно компенсировать личные затраты за лекарства, приобретенные во время стационарного лечения?	Компенсировать затраченные личные средства возможно при условии, если лекарственный препарат входит в перечень жизненно необходимых важных лекарственных препаратов и если данный препарат регламентирован стандартом/клиническим протоколом лечения Вашего заболевания. Для этого необходимо сохранить чеки (или же другие платежные документы, подтверждающие оплату), чтобы потом обратиться в страховую медицинскую организацию с заявлением о рассмотрении вопроса о законности взимания денег.
4.	Как можно компенсировать личные затраты за исследования во время стационарного лечения?	Компенсировать затраченные личные средства возможно при условии, если этот метод исследования входит в стандарт/клинический протокол обследования и лечения Вашего заболевания. Для этого необходимо сохранить чеки (или же другие платежные документы, подтверждающие оплату), чтобы потом обратиться в страховую медицинскую организацию с

		заявлением о рассмотрении вопроса о законности взимания денег.
5.	Можно ли компенсировать личные затраты на приобретение лекарственных средств при амбулаторном лечении?	Согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Кабардино-Балкарской Республике медицинской помощи, утверждённой Постановлением Правительства Кабардино-Балкарской Республики при получении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи лекарственные препараты приобретаются за счёт личных средств граждан (при отсутствии льгот)
6.	Что полагается беременным женщинам по родовому сертификату по лекарственному обеспечению?	Беременные женщины в период наблюдения в женской консультации обеспечиваются необходимыми лекарственными средствами. Перечень этих препаратов можно узнать в женской консультации.
7.	Может ли за меня получить полис другой человек? Какие документы для этого нужны?	Представителю необходимо обратиться в выбранную Вами страховую медицинскую организацию с заявлением, паспортом и страховым номером индивидуального лицевого счета, а также предъявить свой документ, удостоверяющий личность и доверенность на получение полиса ОМС, оформленную в соответствии со ст.185 Гражданского Кодекса РФ
8.	При операции по поводу катаракты предусмотрено приобретение хрусталика за свой счет?	В медицинских организациях сферы ОМС операция по поводу катаракты, в том числе с использованием искусственного хрусталика, проводится бесплатно.
9.	Где можно бесплатно сдать анализы на гормоны щитовидной железы платные и маркеры вирусного гепатита?	При наличии направления лечащего врача, анализы сдаются бесплатно. Если Ваша медицинская организация не может выполнить необходимые обследования, она сама должна заключить договор с организацией на оказание данной услуги.
10.	Можно ли получить лечение в дневном стационаре не по	Да, можно. Для этого необходимо получить направление у своего

	месту прикрепления?	лечащего врача.
11.	При назначении врачом стоматологом рентгенографии зубов, данное исследование проводится бесплатно?	Если исследование включено в стандарт оказания медицинской помощи/ клинический протокол по лечению данного заболевания, исследование (рентгенография) проводится бесплатно.
12.	Можно ли пройти протезирование зубов бесплатно?	Протезирование зубов проводится на платной или льготной (при наличие соответствующих оснований) основе, т.к. не включено в базовую программу ОМС.
13.	Как пройти процедуру ЭКО по полису ОМС?	Для того, чтобы пройти процедуру ЭКО бесплатно, участковый врач-гинеколог должен направить Вас в Медицинский Консультативно – диагностический центр Минздрава КБР, который после проведения необходимых обследований и выставления диагноза, выдаст направление на плановую госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую данную услугу в рамках ОМС.
14.	При трудоустройстве на работу оформление медицинской справки платное?	Да, оформление медицинской справки при трудоустройстве осуществляется платно или за счет финансовых средств работодателя.
15.	Могу ли я прикрепиться к другой медицинской организации не по месту жительства?	Да, можете в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» для получения амбулаторно-поликлинической помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем 1 раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). При невозможности прикрепления Вам должны предоставить мотивированный отказ в письменном виде.

16.	Могу ли я поменять участкового врача?	Да, можете. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» застрахованные лица имеют право не чаще чем 1 раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) выбрать врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации (при согласии врача)
17.	Как можно получить квоту на высокотехнологичную медицинскую помощь?	Медицинские показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи определяет лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение. Наличие медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи подтверждается решением врачебной комиссии по отбору пациентов для направления пациентов на высокотехнологичную медицинскую помощь.
18.	Где можно получить гарантийное письмо на оплату лечения в другом регионе?	Гарантийные письма не предусмотрены действующим в сфере ОМС законодательством, так как полис обязательного медицинского страхования является гарантией получения бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.
19.	Медицинская организация предлагает оплатить обследование или лечение, назначенное лечащим врачом. Правомерно ли это?	Если медицинская организация предлагает вам оплатить услуги, необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС (телефон указан на полисе ОМС) и удостовериться, что данная услуга действительно может быть оказана только на платной основе.

		Если вы уже заплатили за медицинские услуги, необходимо сохранить чеки (или же другие платежные документы, подтверждающие оплату), чтобы потом обратиться в страховую медицинскую организацию с заявлением о рассмотрении вопроса о законности взимания денег.
20.	К кому можно обратиться за содействием, если лечащий врач в поликлинике отказывается направить на консультацию и/или диагностическое исследование в специализированное медицинское учреждение города?	Можно обратиться к главному врачу поликлиники, заместителю главного врача по лечебной работе, к заведующему отделением. Если Вы считаете, что Ваши права нарушены, необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию, застраховавшую Вас по обязательному медицинскому страхованию.
21.	Может ли СМО возместить расходы, затраченные на лекарственные средства, рекомендованные врачом коммерческой поликлиники?	Нет, нельзя. Согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при получении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи лекарственные препараты приобретаются за счёт личных средств.
22.	Мне будет оказана медицинская помощь по полису ОМС, если я обращусь в медицинскую организацию в другом городе?	Да, на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования. Полис действует на всей территории Российской Федерации
23.	В каком объеме мне будет оказана медицинская помощь по полису ОМС на территории страхования?	На территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования.
24.	В какие сроки проводится медицинское обследование пациента в поликлинике?	Сроки ожидания при оказании медицинской помощи, в том числе при проведении диагностических обследований, а также консультация врачей-специалистов, определяются Программой государственных гарантий бесплатного оказания

		гражданам медицинской помощи.
25.	Как можно быстрее пройти УЗИ исследование, если в поликлинике назначили исследование со сроком ожидания 1 месяц?	Согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определён срок ожидания инструментальных исследований, в том числе УЗИ исследований, который не должен превышать 14 календарных дней со дня назначения. При наличии объективных причин задержки обследования в Вашей медицинской организации Вам могут выдать направление в другую медицинскую организацию, где проводится данное исследование. Кроме этого, для разрешения данного вопроса Вы можете обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую Вам полис ОМС.
26.	Где и на каких условиях можно пройти диспансеризацию?	Пройти диспансеризацию можно в определенные возрастные периоды 1 раз в три года в поликлинике по месту прикрепления. Для этого необходимо обратиться к участковому терапевту. Если Вы не попадаете в данные возрастные категории, Вы можете пройти профосмотр.
27.	Где можно найти информацию о режиме работы, видах медицинской помощи, оказываемой медицинской организации?	Медицинская организация размещает в доступных для граждан местах и на своем официальном сайте в сети "Интернет" информацию о режиме работы, специалистах, видах оказываемой медицинской помощи.

28.	Кому можно пожаловаться на некачественное лечение?	Вам необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую полис ОМС с письменным заявлением, которая по Вашему обращению проведет экспертизу качества медицинской помощи с привлечением другого специалиста и проинформирует Вас о результатах.
29.	Как получить полис обязательного медицинского страхования?	Необходимо выбрать страховую медицинскую организацию, работающую в сфере ОМС КБР, заполнить заявление о выборе(замене) СМО, предоставить документ удостоверяющий личность и СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета).
30.	Как я могу получить полис ОМС, если старый утерян?	Для получения дубликата полиса ОМС необходимо обратиться с заявлением о переоформлении полиса в связи с утерей в ту же страховую медицинскую организацию, где ранее был получен полис ОМС.
31.	Как получить полис обязательного медицинского страхования на ребенка?	Необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию и предоставить свидетельство о рождении ребенка, документ одного из родителей, СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета) (при наличии).
32.	В каких случаях необходимо переоформление полиса ОМС?	Переоформление полиса необходимо при: - изменения ФИО, даты рождения, места рождения застрахованного лица; - установлении неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.
33.	Можно ли заменить СМО?	Заменить страховую медицинскую организацию можно один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства путем подачи заявления о выборе (замене) во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

34.	Является ли действующим полис ОМС старого образца?	Полисы ОМС, полученные до 01.01.2011 г. действительны до замены их на полисы ОМС единого образца или получения гражданином универсальной электронной карты.
35.	Где можно уточнить телефоны и адреса СМО?	С информацией о СМО и местонахождении пунктов выдачи полисов ОМС можно ознакомиться на сайте Территориального Фонда ОМС Кабардино-Балкарской Республики (tfomskbr.ru).
36.	Я являюсь военнослужащим. Могу ли я получить полис ОМС?	Военнослужащие и приравненные к ним в организации оказания медицинской помощи лица не являются застрахованными лицами и не подлежат обязательному медицинскому страхованию

1. Перечень полей Единого электронного журнала обращений граждан

№	Наименование	Обязательность	Пояснения
1	Уникальный номер обращения	Да	В формате R_YUMMDD_NNNNNNN 'R' - идентификатор отправителя: реестровый номер СМО или Код субъекта РФ для ТФОМС 'YUMMDD' - год, месяц и день поступления обращения 'NNNNNNN' - порядковый номер обращения. '_' - символ-разделитель
2	Дата поступления обращения	Да	
3	Время поступления обращения	Усл.	Не заполняется для письменных обращений. Указывается местное время.
4	Источник поступления	Да	1 – Напрямую от заявителя 2 – ФОМС; 3 – Иной федеральный орган исполнительной власти; 4 – Территориальный орган исполнительной власти; 5 – Иная организация.
5	Наименование организации поступления	Усл.	Заполняется в случае письменного обращения от источников 3-5.
6	Способ обращения	Да	1 – По телефону «горячей линии»; 2 – По сети «Интернет»; 3 – Личное письменное обращение; 4 – Личный приём (устное); 5 – Почтовым сообщением.
7	Вид обращения	Да	1 - Консультация 2 - Жалоба 3 - Предложение 4 - Заявление 5 - Вопросы, не относящиеся к сфере ОМС.
8	Тема обращения	Да	В соответствии с Перечнем тем обращений (Таблица 13.4).
9	Содержание обращения	Усл.	Может не заполняться для устных Консультаций (за исключением Консультаций с темой «Другое»).
10	Жалоба	Усл.	Заполняется в случае Жалобы в письменном виде. 1-Обоснованная 1.1.-Обоснованная, удовлетворенная в досудебном порядке 1.2-Обоснованная, удовлетворенная в судебном порядке 2.-Необоснованная
11	Организация, ответственная за работу с	Да	- ТФОМС;

№	Наименование	Обязательность	Пояснения
	обращением		- СМО; - ТФОМС (аутсорсинг); - СМО (аутсорсинг).
12	Код организации, ответственной за работу с обращением	Да	Двухзначный код для ТФОМС, реестровый номер для СМО, код организации из регионального справочника для случаев аутсорсинга.
13	Линия принятия обращения	Да	1 – ОП1 2 – ОП2 3 – СП1 4 – СП2 5 – СП3 6 – Администратор (или иной сотрудник ТФОМС)
14	Сотрудник, принявший обращение	Да	Выбирается из справочника.
15	Линия рассмотрения обращения	Усл.	Заполняется в случае маршрутизации обращения на специалиста другого уровня. 1 – ОП1 2 – ОП2 3 – СП1 4 – СП2 5 – СП3 6 – Администратор (или иной сотрудник ТФОМС)
16	Сотрудник, ответственный за работу с обращением	Усл.	Заполняется в случае маршрутизации обращения на специалиста другого уровня. Выбирается из справочника.
17	Дата окончания срока рассмотрения обращения	Да	Устанавливается в соответствии с плановым сроком рассмотрения.
18	Дата фактического закрытия обращения	Усл.	Заполняется для закрытых обращений.
19	Результат обращения	Да	1. Дана консультация. 2. Рассмотрено обращение. 3. Заявление удовлетворено. 4. Заявление не удовлетворено. 5. Рассмотрена жалоба. 6. Звонок переадресован. 7. Обращение переадресовано в другую организацию. 8. Рассмотрено предложение.
Информация о заявителе (при устном обращении заполняется при наличии сведений)			
20	Фамилия	Усл.	
21	Имя	Усл.	
22	Отчество	Усл.	
23	Дата рождения	Усл.	Заполняется в случае обращения по поводу себя.

№	Наименование	Обязательность	Пояснения
24	ЕНП	Усл.	Заполняется в случае обращения по поводу себя при отсроченном ответе или жалобе.
25	Страховая принадлежность	Усл.	Реестровый номер СМО Заполняется в случае обращения по поводу себя при отсроченном ответе или жалобе.
26	Тип документа, удостоверяющего личность	Усл.	Заполняется в случае обращения по поводу себя при отсроченном ответе или жалобе. При наличии ЕНП может не указываться.
27	Серия документа, удостоверяющего личность	Усл.	
28	Номер документа, удостоверяющего личность	Усл.	
29	Адрес для обратного ответа	Усл.	
30	Контактный телефон	Усл.	Указывается 11-значный номер телефона.
31	Адрес электронной почты	Усл.	
Информация о лице, в отношении которого поступило обращение (при устном обращении заполняется при наличии сведений)			
32	Фамилия	Усл.	
33	Имя	Усл.	
34	Отчество	Усл.	
35	Дата рождения	Усл.	
36	ЕНП	Усл.	
37	Страховая принадлежность	Усл.	Реестровый номер СМО
38	Тип документа, удостоверяющего личность	Усл.	Заполняется в случае обращения по поводу себя при отсроченном ответе или жалобе. При наличии ЕНП может не указываться.
39	Серия документа, удостоверяющего личность	Усл.	
40	Номер документа, удостоверяющего личность	Усл.	

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

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

Информационный обмен осуществляется на основе online-взаимодействия.

3. Темы обращений граждан

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

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