



Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования
Свердловской области

г.Екатеринбург

ПРИКАЗ

№ 277

от 31 ИЮЛ 2015

Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования по обеспечению защиты прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территории Свердловской области

В целях организации обеспечения и защиты прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территории Свердловской области, установленного законодательством Российской Федерации,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования по обеспечению защиты прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территории Свердловской области (далее – Регламент) (прилагается).

2. Директорам межмуниципальных филиалов ТФОМС Свердловской области:

1) в своей деятельности по обеспечению и защите прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования руководствоваться Регламентом, утвержденным настоящим приказом;

2) довести до сведения медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Свердловской области и находящихся на территории межмуниципального филиала, настоящий приказ.

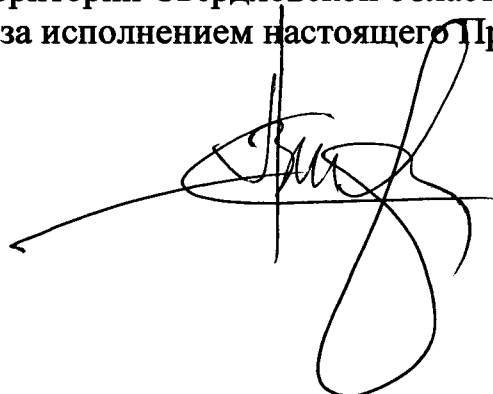
3. Рекомендовать руководителям страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Свердловской области, организовывать работу по обеспечению защиты прав и законных интересов застрахованных лиц в соответствии с Регламентом, утвержденным настоящим приказом.

4. Рекомендовать руководителям медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Свердловской области, руководствоваться Регламентом, утвержденным настоящим приказом.

5. Признать с 01.08.2015 г. утратившим силу приказ ТФОМС Свердловской области от 23.07.2008 г. № 194 «О введении положения «Обеспечение и защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования на территории Свердловской области».

6. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Директор

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the left.

В.А. Шелякин

Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования по обеспечению защиты прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территории Свердловской области

Определения

Для целей настоящего Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования по обеспечению защиты прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территории Свердловской области (далее – Регламент) используются основные понятия:

медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

медицинская услуга – медицинское вмешательство – выполняемое медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающее физическое или психическое состояние человека и имеющее профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность; виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;

пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

основное заболевание – заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

сопутствующее заболевание – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

обращение – направленное гражданином (застрахованным лицом) в письменной форме или в форме электронного документа предложение, заявление или жалоба, а также устное обращение;

предложение – рекомендация гражданина (застрахованного лица) по совершенствованию работы участников обязательного медицинского страхования;

заявление – просьба гражданина (застрахованного лица) о содействии в реализации его прав и законных интересов на получение доступной, качественной и бесплатной медицинской помощи в сфере здравоохранения либо сообщение о недостатках в работе участников обязательного медицинского страхования или должностных лиц;

жалоба – просьба гражданина (застрахованного лица) о восстановлении или защите его нарушенных прав или законных интересов либо прав или законных интересов других лиц на получение доступной, качественной и бесплатной медицинской помощи в сфере здравоохранения.

Перечень сокращений

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ТФОМС – ТФОМС Свердловской области;

СМО – страховые медицинские организации;

МО – медицинские организации;

КМП – качество медицинской помощи;

СМИ – средства массовой информации;

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи;

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза;

Территориальная программа – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на текущий год и на плановый период;

Перечень оснований для отказа к оплате медицинской помощи – Перечень оснований для отказа к оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан (приложение к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области на текущий период);

Перечень санкций за нарушение договорных обязательств – Перечень санкций за нарушение договорных обязательств, являющийся приложением к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденному приказом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н;

ИАС-4 – информационно-аналитическая система ТФОМС Свердловской области.

I. Общие положения

1. Настоящий Регламент разработан на основании Конституции Российской Федерации; Федеральных законов от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»; Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации; приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»; приказа ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; Закона Свердловской области от 21.11.2012 № 91-ОЗ «Об охране здоровья граждан в Свердловской области»; Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области, утвержденной Постановлением Правительства Свердловской области.

2. Регламент устанавливает единые организационные и методические принципы деятельности, а также взаимодействия участников ОМС Свердловской области при обеспечении защиты прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС.

3. Цель Регламента – реализация прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС, в т.ч. путем оптимизации взаимоотношений участников ОМС.

4. Задачи Регламента:

- 1) обеспечение эффективного взаимодействия участников ОМС при обеспечении прав застрахованных лиц;
- 2) обеспечение информационно-правовой поддержки граждан при реализации их прав на доступную медицинскую помощь в гарантированном объеме в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 3) обеспечение защиты прав застрахованных в досудебном и судебном порядке.

II. Обеспечение информированности застрахованных лиц о правах при получении медицинской помощи по программам ОМС

5. Полномочия и функции ТФОМС Свердловской области:

- 1) обеспечивает права граждан в сфере ОМС, в т.ч. путем проведения контроля за деятельностью страховых медицинских организаций;
- 2) обеспечивает информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав в соответствии с законодательством в сфере ОМС;

- 3) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;
 - 4) организует прием граждан, обеспечивает своевременное и полное рассмотрение обращений граждан в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», в т.ч. электронных, направленных на официальный сайт ТФОМС Свердловской области в сети «Интернет»;
 - 5) рассматривает претензии МО по результатам рассмотрения СМО письменных обращений (жалоб) застрахованных лиц, в т.ч. по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, проведенного на основании письменных обращений застрахованных лиц;
 - 6) организует работу телефона «горячей линии» по вопросам, относящимся к сфере ОМС;
 - 7) проводит информационно-разъяснительную работу по вопросам, относящимся к сфере ОМС, среди коллективов медицинских работников, трудовых коллективов, общественных объединений пациентов и прочих групп застрахованных лиц, используя наглядную агитацию и раздаточные материалы;
 - 8) согласует планы ежегодных проверок, проводимых СМО, по вопросам обеспечения информированности застрахованных лиц в МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;
 - 9) проводит работу со СМИ, размещая публикации по правам застрахованных лиц в сфере ОМС и отчеты ТФОМС и СМО о результатах работы по защите прав застрахованных лиц, в т.ч. по судебной практике; размещает публикации в территориальных бесплатных (рекламно-информационных) газетах в целях обеспечения доступности информации; организует выступления на региональных каналах радио и телевидения;
 - 10) проводит изучение удовлетворенности граждан доступностью и качеством медицинской помощи, предоставляемой в МО Свердловской области, реализующих Территориальную программу ОМС.
6. Полномочия и функции страховых медицинских организаций:
- 1) собирают, обрабатывают данные персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечивают их сохранность и конфиденциальность, осуществляют обмен указанными сведениями между субъектами и участниками ОМС;
 - 2) осуществляют рассмотрение обращений и жалоб граждан в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», в т.ч. электронных, направленных на официальные сайты СМО в сети «Интернет»;
 - 3) направляют в МО результаты контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи (акты и экспертные заключения), проведенных на основании письменных обращений (жалоб) застрахованных лиц в течение трех рабочих дней после проведения ЭКМП/МЭЭ;

4) информируют МО о результатах рассмотрения письменных обращений (жалоб) застрахованных лиц и о признании жалоб «обоснованными/необоснованными» в течение трех рабочих дней с момента согласования окончательных результатов рассмотрения;

5) предоставляют застрахованным лицам информационно-правовую поддержку в сфере ОМС и здравоохранения;

6) организуют работу телефона «горячей линии» по вопросам, относящимся к сфере ОМС и здравоохранения;

7) размещают на собственных официальных сайтах в сети «Интернет» и опубликовывают в СМИ или доводят до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством Российской Федерации способами информацию, предусмотренную договорами и другими нормативными актами в сфере ОМС (приложение № 1 к настоящему Регламенту);

8) используют сведения, полученные от МО, для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам;

9) проводят ежегодные проверки в МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, по вопросам обеспечения информированности застрахованных лиц, по планам, согласованным с ТФОМС Свердловской области;

10) обеспечивают МО информационным материалом (брошюрами, листовками, памятками) о правах граждан в сфере ОМС, информационными стендами с плакатами и/или информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях её получения в соответствии с Территориальной программой ОМС;

11) проводят изучение удовлетворенности граждан доступностью и качеством медицинской помощи, предоставляемой в МО Свердловской области, реализующих Территориальную программу ОМС.

7. Полномочия и функции медицинских организаций:

1) предоставляют пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;

2) предоставляют пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

3) предоставляют СМО и ТФОМС Свердловской области сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

4) размещают на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также информацию, предусмотренную договорами и другими нормативными актами (приложение № 2 к настоящему Регламенту);

- 5) предоставляют гражданам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, включенных в имеющуюся лицензию, показателях доступности и качества медицинской помощи;
- 6) предоставляют СМО доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере ОМС;
- 7) организуют личные приемы граждан по вопросам организации и получения медицинской помощи в соответствии с графиком приема граждан, но не реже 1 раза в неделю, размещенном на официальном сайте МО в сети «Интернет», а также на стендах подразделений МО;
- 8) осуществляют рассмотрение обращений и жалоб граждан в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», в т.ч. электронных, направленных на официальные сайты МО в сети «Интернет», а также устных обращений на «горячую линию» МО;
- 9) согласуют с СМО результаты рассмотрения письменных обращений (жалоб) застрахованных лиц, направленных в СМО, в т.ч. результаты контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, проведенного на основании письменных обращений застрахованных лиц, в установленные законодательством сроки.

III. Порядок работы ТФОМС и СМО с обращениями граждан

8. Положения настоящего Порядка распространяются на все устные обращения, обращения, поступившие в письменной форме или в форме электронного документа, индивидуальные и коллективные обращения граждан (далее – обращения).

9. Сведения о месте нахождения ТФОМС и СМО, почтовом адресе для направления обращений, адресе электронной почты, о телефонах «горячей линии» размещаются на официальных сайтах в сети «Интернет».

10. Порядок рассмотрения обращений граждан осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

11. Срок регистрации письменных обращений, в т.ч. в электронной форме документов, с момента поступлений – не более трех дней. Письменные обращения, содержащие вопросы, не входящие в компетенцию ТФОМС или СМО, в срок до семи дней со дня их регистрации подлежат переадресации в соответствующий орган, в компетенцию которого входит решение поставленных в обращении вопросов, с одновременным уведомлением заявителя о переадресации его обращения.

12. В письменном обращении должны быть указаны: наименование организации, куда направлено обращение, либо фамилия, имя, отчество соответствующего должностного лица, а также фамилия, имя, отчество заявителя и, при необходимости, фамилия, имя, отчество гражданина, в чьих интересах направлено обращение, почтовый адрес, по которому должны

быть направлены ответ или уведомление о переадресации обращения, изложена суть обращения, указана дата и поставлена личная подпись.

13. Общий срок рассмотрения письменных обращений граждан – тридцать дней со дня регистрации письменного обращения. В случае проведения соответствующих проверок, экспертизы качества медицинской помощи, дополнительного истребования материалов, необходимых для принятия решений (экспертных заключений), а также принятия других мер, сроки рассмотрения могут быть продлены на 30 дней. При этом в течение месяца с момента регистрации обращения заявителю письменно сообщается о продлении срока рассмотрения обращения и о принятых мерах.

14. При индивидуальной устной консультации, в т.ч. по телефону «горячей линии», специалист ТФОМС и СМО, осуществляющий консультацию, дает ответ при обращении гражданина в процессе беседы. Если вопрос гражданина не позволяет специалисту дать полный и объективный ответ или требует дополнительных мероприятий, то он предлагает гражданину обратиться в письменной форме.

15. При работе с обращениями граждан на официальных сайтах в сети «Интернет» ответ дается ответственным специалистом по существу вопроса в течение 30 дней, при работе с электронными обращениями в режиме «вопрос-ответ» – в режиме реального времени. Если вопрос гражданина не позволяет специалисту дать полный и объективный ответ или требует дополнительных мероприятий, то гражданину предлагается обратиться в письменной форме.

16. Учет сведений по устным обращениям граждан, в т.ч. по телефону «горячей линии», и по письменным обращениям граждан на официальный сайт в сети «Интернет» производится в «Журнал регистрации обращений граждан» (возможна электронная форма учета), содержащий информацию: дата поступления обращения, форма обращения (письменное/устное), Ф.И.О. гражданина, дата рождения гражданина, адрес проживания, социальная категория, суть обращений, проведенные мероприятия, примечания.

17. В работе по рассмотрению письменных обращений (жалоб) граждан учитывается причина обращения (жалобы):

1) КМП: проведение ЭКМП, в т.ч. очных в период пребывания пациента в МО, в соответствии с нормативными актами, определяющими организацию и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС; при выявлении дефектов качества медицинской помощи МО предпринимает меры по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения), позволяющей восстановить здоровье или улучшить качество жизни, или предупредить инвалидизацию; к МО предъявляются финансовые санкции в соответствии с Перечнем оснований для отказа к оплате медицинской помощи;

2) Взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС (обязательно наличие финансовых документов, подтверждающих факт оплаты медицинской помощи (услуги): проведение ЭКМП/МЭЭ в соответствии с нормативными актами, определяющими организацию и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС; при подтверждении нарушения права застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программ ОМС предпринимаются меры по возмещению МО застрахованному лицу денежных средств в досудебном порядке; к МО предъявляются финансовые санкции в соответствии с Перечнем оснований для отказа к оплате медицинской помощи, а также предпринимаются меры по возмещению МО застрахованному лицу денежных средств в досудебном порядке;

3) Лекарственное обеспечение: проведение ЭКМП, в т.ч. очных в период пребывания пациента в МО, в соответствии с нормативными актами, определяющими организацию и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, для подтверждения факта не обеспечения гражданина по медицинским показаниям лекарственными препаратами, входящими в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, при оказании ему первичной медико-санитарной и специализированной помощи, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара, а также не обеспечение лекарственными препаратами, не входящими в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применение которых обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. При подтверждении нарушения права застрахованного лица на получение лекарственного препарата – восстановление права на обеспечение необходимым лекарственным препаратом в период госпитализации в МО, а в случае приобретения лекарственного препарата за личные средства – к МО предъявляются финансовые санкции в соответствии с Перечнем оснований для отказа к оплате медицинской помощи;

4) Организация работы МО: проведение разбирательства по факту организации работы МО, в т.ч. в очной форме, с получением объяснений должностных лиц МО и мероприятий по предупреждению организационных нарушений в случае их выявления; при выявлении нарушений доступности медицинской помощи, в т.ч. условий оказания медицинской помощи и сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, – восстановление права застрахованного лица на оказание медицинской помощи в должных условиях и в сроки, установленные Территориальной программой, к МО предъявляются финансовые санкции в соответствии с Перечнем оснований для отказа к оплате медицинской помощи;

5) Отказ в оказании медицинской помощи по программам ОМС: проведение разбирательства по факту отказа с получением объяснений должностных лиц МО; при подтверждении необоснованного отказа в оказании медицинской помощи – восстановление права застрахованного лица на получение медицинской помощи, к МО предъявляются финансовые санкции в соответствии с Перечнем оснований для отказа к оплате медицинской помощи;

6) Этика и деонтология медицинских работников: проведение разбирательства по факту нарушения норм этики и деонтологии медицинских работников с участием Комиссии по медицинской этике Министерства здравоохранения Свердловской области и Экспертного комитета НП «Медицинская Палата Свердловской области», в случае подтверждения фактов – применение в отношении лиц, нарушивших нормы медицинской этики при оказании медицинской помощи застрахованным гражданам, соответствующих мер, совместно принятыми Комиссией по медицинской этике и Экспертным комитетом НП «Медицинская Палата Свердловской области»;

7) Выбор МО в сфере ОМС: рассмотрение факта соблюдения МО порядка выбора МО при оказании ему медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в т.ч. первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации; при выявлении нарушений к МО предъявляются финансовые санкции в соответствии с Перечнем оснований для отказа к оплате медицинской помощи;

8) Выбор врача: рассмотрение факта соблюдения МО порядка выбора гражданином врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера в соответствии с законодательством Российской Федерации; при выявлении нарушений к МО предъявляются финансовые санкции в соответствии с Перечнем оснований для отказа к оплате медицинской помощи;

9) Обеспечение полисами ОМС, выбор или замена СМО: рассмотрение факта соблюдения СМО порядка оформления и выдачи полиса ОМС либо временного свидетельства застрахованному лицу в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере ОМС; при выявлении нарушений порядка выдачи полиса ОМС применение к СМО финансовых санкций в соответствии с Перечнем санкций за нарушение договорных обязательств;

10) Неправомерное распространение персональных данных: проведение разбирательства по факту не соблюдения конфиденциальности персональных данных (раскрытие третьим лицам или распространение персональных данных без согласия субъекта персональных данных, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством, не обеспечение безопасности персональных данных);

17.1. При выявлении дефектов, связанных с неоказанием, несвоевременным оказанием, либо оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества СМО в соответствии с Перечнем оснований для отказа к оплате медицинской помощи направляет в МО предписания (по случаям: отказа в оказании медицинской помощи по программам ОМС; нарушений этики и деонтологии медицинских работников; отказа в выборе МО в сфере ОМС; отказа в выборе врача) в соответствии с п.69 раздела X Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (в ред. от 16.08.2011 № 144) или Акты МЭЭ/ЭКМП (по другим случаям обращений).

18. Схема взаимодействия участников ОМС при рассмотрении письменных обращений граждан представлена в приложении № 4 к настоящему Регламенту.

19. Результатами рассмотрения обращения являются:

- 1) ответ на все поставленные в обращении (устном, в письменной форме или в форме электронного документа) вопросы;
- 2) уведомление о переадресации обращения в орган, в компетенцию которого входит решение поставленных вопросов;
- 3) отказ в рассмотрении обращения с изложением причин отказа.

20. Письменное обращение считается разрешенным, если рассмотрены все поставленные в нем вопросы, приняты необходимые меры по восстановлению нарушенных прав застрахованного лица и дан письменный ответ. Если просьба, изложенная в обращении, не может быть разрешена положительно, то указывается, по каким причинам она не может быть удовлетворена.

21. Ответ на письменное обращение направляется по указанному заявителем почтовому адресу, на обращение в форме электронного документа – по адресу электронной почты заявителя или почтовому адресу, указанному в электронном обращении.

22. Контроль своевременности и полноты рассмотрения обращений граждан возлагается на руководителей ТФОМС и СМО.

23. Вся информация о работе по рассмотрению обращений граждан должна храниться в ТФОМС и СМО в течение 5 лет (персонифицированные дела).

24. Информация по письменным жалобам граждан заносится в единую учетную систему в соответствии с Методическим руководством по учету и обработке жалоб посредством функции А80 «Учет жалоб» ИАС-4 (приложение № 3 к настоящему Регламенту).

25. Уполномоченные структурных подразделений ТФОМС и СМО, осуществляющие работу по рассмотрению обращений граждан, осуществляют анализ вопросов устных и письменных обращений, обобщают результаты анализа, используют результаты анализа для формирования отчетности, утвержденной в системе ОМС, а также для формирования

предложений по предупреждению нарушений прав застрахованных лиц в системе ОМС.

26. Информация о количестве и структуре устных и письменных обращений граждан, рассмотренных ТФОМС и СМО, передается в установленные сроки в ФФОМС в соответствии с соответствующими приказами по сдаче форм отчетности.

IV. Судебная защита прав застрахованных граждан

27. При невозможности урегулирования споров застрахованных лиц с участниками ОМС в досудебном порядке граждане имеют право обратиться в судебные органы для защиты своих прав в сфере ОМС.

28. ТФОМС имеет право предъявлять в интересах застрахованного лица требования к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере ОМС.

29. ТФОМС и СМО могут выступать в судебном процессе в качестве третьего лица по собственной инициативе, привлекаться к участию в деле по ходатайству сторон, прокурора или инициативе суда.

30. ТФОМС и СМО могут вовлекаться в судебный процесс в качестве участников для содействия судебным органам в форме пояснений и консультаций по вопросам ОМС.

31. Информация о спорных случаях, рассмотренных в судебном порядке, также заносится в единую учетную систему в соответствии с Методическим руководством по учету и обработке жалоб посредством функции А80 «Учет жалоб» ИАС-4 (приложение № 3 к настоящему Регламенту).

32. Информация о спорных случаях, рассмотренных в судебном порядке, передается ТФОМС в установленные сроки в ФФОМС в соответствии с соответствующими приказами по сдаче форм отчетности.

Информация для размещения в страховых медицинских организациях

Виды информационных материалов	Перечень мест для размещения
Информация о юридическом лице:	
Полное и сокращенное наименование юридического лица, местонахождение, режим работы СМО, контактные телефоны, в т.ч. телефоны «горячей линии», график приема руководства СМО.	На официальном сайте СМО в сети «Интернет», рядом с каждым предназначенным для граждан входом в здание (вывески), в котором расположено подразделение СМО, в т.ч. пункт выдачи полисов ОМС.
О деятельности в сфере ОМС; о составе учредителей (участников, акционеров); об опыте работы; о количестве застрахованных лиц всего, в т.ч. в субъектах Российской Федерации.	На официальном сайте СМО в сети «Интернет».
Информация об объеме, порядке и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи:	
Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на текущий год и плановый период.	На стенде в помещениях, предназначенных для приема (ожидания приема) граждан во всех подразделениях СМО, в т.ч. пунктах выдачи полисов ОМС.
О медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Свердловской области; о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи; о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи.	На официальном сайте СМО в сети «Интернет».
Информация о правах застрахованных лиц	
О правах застрахованных лиц в сфере ОМС, в т.ч. о праве выбора или замены СМО, медицинской организации; О порядке получения полиса ОМС, в т.ч.: заявление о выборе (замене) СМО; заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;	На официальном сайте СМО в сети «Интернет», на стенде в помещениях, предназначенных для приема (ожидания приема) граждан во всех подразделениях СМО, в т.ч. пунктах выдачи полисов ОМС, а также в виде брошюр и листовок.

<p>адреса и режим работы пунктов выдачи полисов;</p> <p>адреса официальных сайтов в сети «Интернет», участвующих в сфере ОМС в Свердловской области;</p> <p>номера телефонов и адреса электронной почты подразделений по организации защиты прав застрахованных лиц СМО, участвующих в сфере ОМС Свердловской области, и ТФОМС Свердловской области;</p> <p>об обязанностях застрахованных лиц.</p>	
<p>Правила ОМС</p>	<p>На стенде в помещениях, предназначенных для приема (ожидания приема) граждан во всех подразделениях СМО, в т.ч. пунктах выдачи полисов ОМС.</p>
<p>Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации на текущий год.</p>	<p>На стенде в помещениях, предназначенных для приема (ожидания приема) граждан во всех подразделениях СМО.</p>
<p>Информация о порядке обжалования действий работников СМО</p>	
<p>Порядок приема и сроки рассмотрения претензий граждан к работе подразделений и/или работников СМО; Ф.И.О. руководителя СМО, часы и место приема им граждан, контактный телефон.</p>	<p>На официальном сайте СМО в сети «Интернет», на стенде в помещениях, предназначенных для приема (ожидания приема) граждан во всех подразделениях СМО, в т.ч. пунктах выдачи полисов ОМС.</p>
<p>Адрес ТФОМС Свердловской области; Телефон «горячей линии» ТФОМС Свердловской области.</p>	<p>На официальном сайте СМО в сети «Интернет», на стенде в помещениях, предназначенных для приема (ожидания приема) граждан во всех подразделениях СМО, в т.ч. пунктах выдачи полисов ОМС.</p>

Информация для размещения в медицинских организациях

Виды информационных материалов	Перечень мест для размещения
Информация о медицинской организации	
<p>Для юридического лица – наименование и фирменное наименование (если имеется), для индивидуального предпринимателя – фамилия, имя, отчество (если имеется); адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию или адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности индивидуального предпринимателя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию; режим работы; виды оказываемой медицинской помощи; о врачах. Об уровне их образования и квалификации.</p>	<p>На официальном сайте МО в сети «Интернет», рядом с каждым, предназначенным для пациентов, входом в здание медицинской организации, около регистратуры и в приемном отделении.</p>
Информация об объеме, порядке и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи:	
<p>Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на текущий год и плановый период.</p>	<p>На официальном сайте МО в сети «Интернет», около регистратуры и в приемном отделении.</p>
<p>Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно</p>	<p>На официальном сайте МО в сети «Интернет», около регистратуры и в приемном отделении.</p>
<p>Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении</p>	<p>На официальном сайте МО в сети «Интернет», около регистратуры и в приемном отделении.</p>

<p>которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с пятидесяти процентной скидкой со свободных цен.</p>	
<p>Показатели доступности и качества медицинской помощи.</p>	<p>На официальном сайте МО в сети «Интернет», около регистратуры и в приемном отделении.</p>
<p>Информация о лицензии медицинской организации</p>	
<p>Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего её лицензионного органа).</p>	<p>Около регистратуры и в приемном отделении.</p>
<p>Информация о правах граждан на получение бесплатной медицинской помощи (медицинских услуг)</p>	
<p>Права гражданина в сфере здравоохранения в соответствии с главой 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; права застрахованных лиц в соответствии со статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».</p>	<p>Около регистратуры и в приемном отделении.</p>

**Методическое руководство
по учету и обработке жалоб посредством функции А80 «Учет жалоб»
ИАС-4**

I. Общий раздел

1. Функция А80 «Учет жалоб» (далее – А80 «Учет жалоб») в ИАС-4 создана с целью оптимизации учета и анализа работы ТФОМС Свердловской области и СМО, осуществляющих свою деятельность в системе ОМС Свердловской области, по рассмотрению письменных жалоб граждан на нарушения прав или законных интересов в сфере здравоохранения.

2. Пользователями функции А80 «Учет жалоб» являются ТФОМС и СМО.

3. Сведения в А80 «Учет жалоб» заносятся непосредственно той организацией, которая рассмотрела письменную жалобу в досудебном порядке в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», провела, при необходимости, медико-экономическую экспертизу либо экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», направила в МО решение о признании «обоснованности» жалобы, а также направила ответ заявителю. Сведения по жалобе заносятся в течение 10 рабочих дней после рассмотрения обращения и/или направления окончательного ответа заявителю.

4. Работа по рассмотрению письменной жалобы в досудебном порядке с заполнением в А80 «Учет жалоб» завершается распечаткой и подписанием бумажного «Акта учета и экспертной оценки письменной жалобы застрахованного лица в системе ОМС», который хранится в ТФОМС и СМО в течение 5 лет.

5. Дополнительные сведения по разделу «Судебный этап» заносятся в А80 «Учет жалоб» после рассмотрения жалобы в судебном порядке (после решения суда), за исключением полей «Дата подачи иска» и «Истец», которые заполняются в течение 10 рабочих дней после регистрации иска в судебных органах. Работа по рассмотрению письменной жалобы в судебном порядке с заполнением в А80 «Учет жалоб» завершается распечаткой и подписанием бумажного «Акта учета и экспертной оценки письменной жалобы застрахованного лица в системе ОМС», который хранится в ТФОМС и СМО в течение 5 лет.

II. Последовательность действий по занесению сведений в А80 «Учет жалоб»

6. Раздел «Регистрационные данные»:

1) «Регистрационный номер» – присваивается автоматически при инициации нового случая рассмотренного письменного обращения (жалобы), при обновлении записей в учетной карте значение не меняется;

2) «Дата ввода жалобы» – присваивается автоматически при инициации нового случая рассмотренного письменного обращения (жалобы), при обновлении записей в учетной карте значение не меняется;

3) «Дата регистрации (поступления) жалобы» – заполняется пользователем и соответствует дате первичной регистрации письменного обращения в организации, рассмотревшей обращения (для ТФОМС, в т.ч. межмуниципальных филиалов – данным регистрационного штампа дирекции, для СМО – данным журнала регистрации либо регистрационному штампу входящей документации, установленным документооборотом);

4) «Организация, зарегистрировавшая жалобу» – вносится тип и наименование организации первично зарегистрировавшей письменное обращение;

5) «Организация, рассмотревшая жалобу» – заполняется автоматически в зависимости от пользователя функции (организации рассмотревшей письменное обращение в полном объеме). Наименование организации, рассмотревшей жалобу, может совпадать/не совпадать с наименованием организации, зарегистрировавшей жалобу.

7. Раздел «Заявитель»:

1) «Фамилия» – заполняется на основании сведений, указанных в письменном обращении;

2) «Имя» – заполняется на основании сведений, указанных в письменном обращении;

3) «Отчество» – заполняется на основании сведений, указанных в письменном обращении;

4) «Адрес, телефон» – заполняется на основании сведений, указанных в письменном обращении.

8. Раздел «Лицо, в чьих интересах подана жалоба»:

1) «Фамилия» – заполняется на основании сведений, указанных в письменном обращении, может совпадать с фамилией заявителя;

2) «Имя» – заполняется на основании сведений, указанных в письменном обращении, может совпадать с именем заявителя;

3) «Отчество» – заполняется на основании сведений, указанных в письменном обращении, может совпадать с отчеством заявителя;

4) «Дата рождения» – заполняется на основании сведений, указанных в письменном обращении либо на основании функции А43 «Поиск застрахованных» ИАС-4;

5) «Возрастная группа» – заполняется на основании сведений о лице, в чьих интересах подана жалоба;

6) «Полис ОМС. Тип» – заполняется на основании сведений о лице, в чьих интересах подана жалоба, в т.ч. на основании функции А43 «Поиск застрахованных» ИАС-4;

7) «Полис ОМС. Серия» – заполняется пользователем на основании сведений о лице, в чьих интересах подана жалоба, в т.ч. на основании функции А43 «Поиск застрахованных» ИАС-4 (поле доступно в случае заполнения сведений по полису старого образца);

8) «Полис ОМС. Номер» – заполняется на основании сведений о лице, в чьих интересах подана жалоба, в т.ч. на основании функции А43 «Поиск застрахованных» ИАС-4;

9) «СМО. Субъект РФ» – заполняется на основании сведений о лице, в чьих интересах подана жалоба (по умолчанию заносится «Свердловская область», в случае рассмотрения обращения застрахованного другого субъекта Российской Федерации – вносится из списка);

10) «СМО. Наименование» – заполняется на основании сведений о лице, в чьих интересах подана жалоба (в случае рассмотрения обращения застрахованного Свердловской области – вносится из списка, в случае застрахованного другого субъекта Российской Федерации – вносится пользователем ручным вводом в виде текста);

11) «МО лечения. Субъект РФ» – заполняется на основании сведений, указанных в обращении (по умолчанию заносится «Свердловская область», в случае рассмотрения обращения застрахованного, обратившегося за медицинской помощью в МО другого субъекта Российской Федерации, – вносится из списка);

12) «МО лечения. Филиал» – заполняется только в случае жалобы на МО Свердловской области (указывается наименование межмуниципального филиала ТФОМС, на территории которого расположена МО);

13) «МО лечения. Территория» – заполняется только в случае жалобы на МО Свердловской области (указывается наименование территории расположения МО);

14) «МО лечения. МО» – заполняется с использованием списка в случае жалобы на МО Свердловской области, в случае жалобы на МО другого субъекта Российской Федерации – вносится пользователем ручным вводом в виде текста;

15) «МО лечения. Отделение» – заполняется в случае оказания медицинской помощи в МО Свердловской области, при указании в обращении жалобы на одно подразделение МО заполняется одно поле, на несколько подразделений - оба поля;

16) «МО лечения. Период лечения» – заполняется пользователем на основании результатов рассмотрения обращения, сведений первичной медицинской документации и/или функции А37 «Персональные данные» ИАС-4. В случае жалобы на оказание медицинской помощи на приеме в амбулаторно-поликлиническом подразделении даты в полях «с» и «по» должны совпадать;

17) «Причина жалобы (основная)» – заполняется в соответствии с основной причиной жалобы:

- «обеспечение полисами ОМС» - жалобы, связанные с нарушением прав застрахованных по обеспечению полисами ОМС (несвоевременность выдачи, нарушение порядка оформления, отказ от выдачи и т.п.);
- «выбор МО в сфере ОМС на территории страхования» - жалобы, связанные с нарушением прав лиц, застрахованных в СМО Свердловской области, на выбор МО, реализующих Территориальную программу Свердловской области (нарушения порядка выбора МО, отказ в прикреплении к МО и т.п.);
- «выбор МО в сфере ОМС вне территории страхования» - жалобы, связанные с нарушением прав лиц, застрахованных в СМО, осуществляющей деятельность в системе ОМС Свердловской области, на выбор МО за пределами Свердловской области либо жалобы, связанные с нарушением прав лиц, застрахованных в СМО, осуществляющей деятельность в системе ОМС иного субъекта РФ, на выбор МО Свердловской области (нарушения порядка выбора МО, отказ в прикреплении к МО и т.п.);
- «выбор врача» - жалобы, связанные с нарушением прав застрахованных лиц на выбор врача МО, реализующей Территориальную программу;
- «выбор или замена СМО по постоянному месту жительства» - жалобы лиц по постоянному месту жительства на выбор или замену СМО, установленных законодательством Российской Федерации;
- «выбор или замена СМО вне постоянного места жительства» - жалобы лиц вне постоянного места жительства на выбор или замену СМО, установленных законодательством Российской Федерации;
- «выбор или замена СМО без регистрации на территории РФ» - жалобы лиц без регистрации на территории РФ на выбор или замену СМО, установленных законодательством РФ;
- «организация работы МО» - жалобы, связанные с нарушением организации работы подразделений МО либо МО в целом (отсутствие электронной записи на прием к врачу поликлиники, превышение времени ожидания приема лечащего врача в поликлинике, превышение времени ожидания медицинского работника для оказания медицинской помощи или медицинских услуг на дому при регистрации вызова, нарушение периода ожидания консультативного приема врача-специалиста либо лабораторно-инструментальных исследований по медицинским показаниям, нарушение размещения больных в круглосуточном стационаре или в стационарозамещающих подразделениях и т.п.);
- «санитарно-гигиеническое состояние» - жалобы, связанные с нарушением норм СанПиН;
- «материально-техническое обеспечение МО» - жалобы на материально-техническое обеспечение, приводящие к нарушению условий пребывания в МО (отсутствие или недостаточное количество медицинской техники, отсутствие или изношенность мягкого инвентаря (постельное белье, полотенца и т.п.), ветхость твердого инвентаря);

- «этика и деонтология медицинских работников» - жалобы на несоблюдение медицинскими работниками норм этики и деонтологии при оказании медицинской помощи;
- «КМП» - жалобы на качество оказания медицинской помощи при предоставлении скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи;
- «лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи» - жалобы, связанные с нарушением обеспечения лекарственными средствами при оказании скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара или стационарозамещающего подразделения без затрат личных средств;
- «отказ в медицинской помощи по программам ОМС на территории страхования» - жалобы, связанные с отказом в оказании медицинской помощи в рамках Территориальной программы Свердловской области;
- «отказ в медицинской помощи по программам ОМС вне территории страхования» - жалобы, связанные с отказом в оказании медицинской помощи в рамках Базовой программы застрахованных граждан Свердловской области, обратившихся за медицинской помощью в МО других субъектов РФ, либо застрахованных граждан других субъектов РФ, обратившихся за медицинской помощью в МО Свердловской области;
- «неисполнение СМО обязанностей по договору» - жалобы на неисполнение или ненадлежащее исполнение СМО обязанностей по договору (недостаточное информирование застрахованных лиц, отказ в оказании информационно-правовой поддержки застрахованных лиц и т.п.);
- «взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС на территории страхования» - жалобы на взимание денежных средств за медицинскую помощь (услуги), а также за лекарственные препараты, изделия медицинского назначения и расходный материал в рамках Территориальной программы с застрахованных граждан Свердловской области;
- «взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС вне территории страхования» - жалобы на взимание денежных средств за медицинскую помощь (услуги), а также за лекарственные препараты, изделия медицинского назначения и расходный материал в рамках Базовой программы с застрахованных граждан Свердловской области, обратившихся за медицинской помощью в МО других субъектов РФ или застрахованных граждан других субъектов РФ, обратившихся за медицинской помощью в МО Свердловской области;
- «неправомерное распространение персональных данных» - жалобы на неправомерное распространение персональных данных застрахованных лиц;
- «прочие причины» - другие причины жалоб, относящиеся к сфере ОМС;
- «прочие причины по вопросам, не относящимся к сфере ОМС» - другие причины жалоб.

18) «Причины жалобы (сопутствующие)» – заполняется в соответствии с другой второстепенной причиной жалобы, указанной в обращении.

9. Раздел «Досудебный этап рассмотрения жалобы»:

1) «Экспертиза. Проведена» – заполняется в случаях, когда для рассмотрения обращения и принятия решения об обоснованности жалобы проводилась МЭЭ, ЭКМП, очная проверка;

2) «Экспертиза. Дата» – заполняется на основании Акта МЭЭ, ЭКМП помощи, очной проверки;

3) «Экспертиза. Условия оказания МП» – заполняется в соответствии с экспертируемыми условиями оказания медицинской помощи;

4) «Экспертиза. Эксперт» – заполняется в случаях, когда для рассмотрения обращения и принятия решения об обоснованности жалобы проводилась МЭЭ, ЭКМП, очная проверка;

5) «Экспертиза. Дефект (основной)» – указывается в соответствии с Актом наиболее существенный дефект, по которому применена финансовая санкция;

6) «Экспертиза. Дефекты (сопутствующие)» – указываются в соответствии с Актом другие менее значимые выявленные дефекты;

7) «Экспертиза. Сумма финансовых санкций к МО» – заполняется в случае применения к МО по результатам экспертизы финансовых санкций;

8) «Жалоба обоснована» – вносится «Да» - в случаях, когда жалоба признана обоснованной обоюдно СМО и МО: результаты рассмотрения жалобы доведены до МО, что подтверждено соответствующей отметкой МО о регистрации входящей документации либо имеется доказательство почтового отправления в МО, и отсутствует претензия МО в течение 15 рабочих дней с момента получения результатов рассмотрения и извещения о признании жалобы обоснованной; разногласия МО по признанию жалобы обоснованной, оформленные этическим комитетом либо Комиссией по урегулированию жалоб пациентов на досудебном уровне, урегулированы в порядке, установленном статьей 42 Закона № 326-ФЗ; имеются материалы, подтверждающие удовлетворение МО жалобы застрахованного на досудебном уровне, в т. ч. документ, подтверждающий выплату МО денежных средств в пользу застрахованного, в случае если рассматривалась жалоба на взимание денежных средств; «Нет» - в случаях, когда жалоба признана необоснованной, либо решение о признании жалобы обоснованной обжалуется в судебном порядке;

9) «Жалоба удовлетворена» – вносится «Да» - в случае удовлетворения требований заявителя в досудебном порядке, «Нет» - в случае не удовлетворения требований заявителя в досудебном порядке;

10) «Сумма материального возмещения заявителю» – заполняется в случае удовлетворения в досудебном порядке спорного случая с материальным возмещением на основании документов, подтверждающих факт возмещения денежных средств застрахованному (копии платежных документов (платежное поручение, приходно-кассовый ордер), либо

уведомления руководителя МО о перечислении денежных средств заявителю, либо расписки заявителя в получении денежных средств;

11) «Окончательный ответ заявителю. Дата» – соответствует дате регистрации письменного (окончательного) ответа заявителю (даным регистрационного штампа, журнала регистрации, установленным документооборотом);

12) «Окончательный ответ заявителю. Номер» – соответствует регистрационному номеру письменного (окончательного) ответа заявителю (даным регистрационного штампа, журнала регистрации, установленным документооборотом);

13) «Реквизиты промежуточного ответа» – заполняется в случае увеличения сроков рассмотрения обращения более 30 дней, соответствует регистрационному номеру и дате письменного (промежуточного) ответа заявителю (даным регистрационного штампа, журнала регистрации, установленным документооборотом);

14) «Срок рассмотрения» – рассчитывается автоматически после заполнения полей «Дата регистрации (поступления) жалобы» и «Окончательный ответ заявителю. Дата».

10. Раздел «Судебный этап рассмотрения жалобы»:

1) «Дата подачи иска» – соответствует дате подачи иска в судебные органы;

2) «Истец» – указывается лицо, обратившееся с иском заявлением по указанному спору в судебные органы;

3) «Решение суда, вступившее в силу» – заполняется на основании судебного решения после судебного разбирательства по существу указанного спора;

4) «Дата решения суда» – соответствует дате решения суда;

5) «Сумма возмещения по решению суда. Материальное возмещение» – заполняется пользователем ручным вводом и соответствует сумме материального возмещения по удовлетворенному судом иску;

6) «Сумма возмещения по решению суда. Возмещение морального вреда» – соответствует сумме возмещения по удовлетворенному судом иску с моральным вредом;

7) «Всего» – рассчитывается автоматически после заполнения полей «Сумма возмещения по решению суда. Материальное возмещение» и «Сумма возмещения по решению суда. Возмещение морального вреда».

11. «Комментарии» – вносятся дополнительные сведения по результату рассмотрения обращения: уточняется причина жалоб, зарегистрированных в категории «прочие причины» и «прочие причины по вопросам, не относящимся к сфере ОМС», указываются виды медицинской помощи (услуги), а также наименования лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, расходных материалов, за которые взимались денежные средства, в т.ч. не входящие в утвержденные Перечни; наименование лекарственного препарата, обеспечение по которому было нарушено при оказании скорой медицинской помощи, первичной медико-

санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара или стационарозамещающего подразделения без затрат личных средств; пояснения по удовлетворению спорного случая без материального возмещения.

12. «Проверено» – заполняется пользователем отдела обеспечения защиты прав застрахованных ТФОМС ежемесячно (до 10 числа месяца, следующего за отчетным) после контроля полей, заполненных пользователями СМО и межмуниципальных филиалов ТФОМС, при регистрации, как досудебного этапа рассмотрения обращения, так и судебного этапа. После проверки ТФОМС доступ пользователя к редактированию закрывается.

**Схема взаимодействия участников ОМС
при рассмотрении письменных обращений граждан**

