

РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ КОНТАКТ-ЦЕНТРА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий Регламент устанавливает порядок работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования в Алтайском крае (далее - Регламент, Контакт-центр).

1.2. Контакт-центр – служба по работе с застрахованными по обязательному медицинскому страхованию лицами, обеспечивающая оперативный сбор и обработку их обращений, а также информирование о возможных вариантах решения возникающих вопросов.

1.3. Участниками реализации Регламента являются Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (далее - Фонд) и страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края (далее - СМО).

1.4. Администратор Контакт-центра – работник Фонда, назначенный приказом директора Фонда ответственным за осуществление контроля работы с обращениями граждан, проведение аналитических работ и разработку предложений и мероприятий, направленных на обеспечение доступности и повышения качества медицинской помощи.

1.5. Оператор 1-го уровня – назначенный приказом работник Фонда, СМО, непосредственно осуществляющий работу (прием, регистрация, обработка, переадресация входящих звонков) с обращениями граждан, поступившими по телефону «Горячей линии».

1.6. Оператор 2-го уровня – назначенный приказом работник Фонда, СМО, осуществляющий консультирование, принятие мер, подготовку отчета о проведенной работе по поступившим обращениям граждан.

1.7. Регистрация поступивших обращений, а также результатов их рассмотрения осуществляется Операторами 1-го и 2-го уровня в едином электронном журнале обращений граждан (далее - электронный журнал).

1.8. Электронный журнал формируется путем создания регистрационно-контрольной карты (далее - РКК), содержащей поля для ввода информации в соответствии с поступившим устным (письменным) обращением.

1.9. Работа с обращениями граждан, зарегистрированными в электронном журнале, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации", Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об

обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", письмом ФФОМС от 06.05.2009 «О рекомендациях ФФОМС о порядке рассмотрения обращений граждан в территориальном фонде ОМС», Положением о порядке рассмотрения обращений граждан в ТФОМС Алтайского края, утвержденным приказом ТФОМС от 07.08.2015 № 218.

2. ЗАДАЧИ

Основными задачами Контакт-центра являются:

2.1. организация защиты прав и интересов граждан на получение бесплатной медицинской помощи по базовой и территориальной программам обязательного медицинского страхования;

2.2. информирование граждан об их правах на получение качественной медицинской помощи по базовой и территориальной программам обязательного медицинского страхования;

2.3. обеспечение объективного, всестороннего и своевременного рассмотрения обращений по вопросам медицинского страхования, а также пресечения нарушений законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

3. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ

Основными функциями Контакт-центра являются:

3.1. прием и рассмотрение обращений граждан;

3.2. оказание справочно-консультативной помощи гражданам;

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

3.4. обобщение и анализ обращений граждан с целью выявления проблем в сфере обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края с информированием Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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

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

4. ПОРЯДОК РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН, ПОСТУПИВШИМИ ПО ТЕЛЕФОНУ "ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ"

4.1. "Горячая линия" представляет собой комплекс организационных мероприятий и технических средств, обеспечивающих возможность устного обращения граждан по телефону по вопросам в сфере обязательного

медицинского страхования.

4.2. Работа телефона «Горячей линии» организуется в отделе по защите прав застрахованных, межрайонных представительствах фонда, в СМО.

4.3. Обращения граждан поступают на бесплатный телефонный номер - 8-800, работающий круглосуточно с аудиозаписью входящих и исходящих звонков:

- в режиме работы оператора с 8.30 до 17.30 по рабочим дням;

- в режиме электронного секретаря с 17.30 до 8.30 по рабочим дням, в выходные и праздничные дни - круглосуточно.

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

4.5. В случае получения вопроса, не относящегося к типовым, Оператор 1-го уровня производит переадресацию обращения гражданина на Оператора 2-го уровня.

Обращения граждан, поступившие по телефону «Горячей линии», регистрируются Оператором 1-го уровня в едином электронном журнале.

Операторы 1-го и 2-го уровня после проведенной по обращению гражданина, поступившему по телефону «Горячей линии», работы заполняют соответствующие поля электронного журнала путем создания РКК.

В случае если при рассмотрении обращения гражданина, поступившего по телефону «Горячей линии», требуется дополнительная информация, Оператор 2-го уровня вправе оформить поступившее обращение гражданина для отсроченного ответа, зафиксировав необходимую контактную информацию о гражданине.

Оператор 2-го уровня должен 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 дополнительных запросов в сторонних организациях Оператор 2-го уровня должен предложить гражданину обратиться за необходимой информацией в письменном виде.

По результатам работы с обращением гражданина, поступившим по телефону «Горячей линии», Оператор 2-го уровня доводит до сведения гражданина информацию о принятых мерах по данному обращению.

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.

4.6. Администратор Контакт-центра осуществляет контроль за работой с обращениями граждан, поступившими по телефону "Горячей линии", осуществляемой Операторами 1-го и 2-го уровней Фонда и СМО, оценивает

уровень их работы.

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

5. ПОРЯДОК РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН, ПОСТУПИВШИМИ В ПИСЬМЕННОЙ ИЛИ УСТНОЙ ФОРМЕ НА ЛИЧНОМ ПРИЕМЕ, ПО ПОЧТЕ, ТЕЛЕГРАФУ, ФАКСИМИЛЬНОЙ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫМ СИСТЕМАМ ОБЩЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

5.1. Регистрация обращений, поступивших в письменной форме или форме электронного документа, осуществляется работником, назначенным приказом Фонда, СМО, путем создания регистрационно-контрольной карты в электронном журнале.

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

- Администратор Контакт-центра имеет доступ ко всем обращениям, находящимся на рассмотрении в Фонде и страховых медицинских организациях;
- операторы страховых медицинских организаций имеют доступ к обращениям, находящимся на рассмотрении в данной страховой организации;
- операторы Фонда имеют доступ к обращениям, находящимся на рассмотрении в территориальном фонде.

6. ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ЕДИНОГО ЭЛЕКТРОННОГО ЖУРНАЛА ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН

6.1. Участники реализации Регламента ведут электронный журнал, расположенный на защищенном ресурсе Фонда.

6.2. В электронном журнале регистрируются обращения граждан, поступающие в Фонд и страховые медицинские организации в письменной форме (по почте, телеграфу, факсимильной связи, информационным системам общего пользования) или устной форме (на личном приеме, по "Горячей линии").

6.3. На каждое обращение создается индивидуальная РКК.

6.4. При регистрации обращения Операторы 1-го и 2-го уровня заполняют РКК, проверяют соответствие введенных данных информации, изложенной в обращении, и нажимают кнопку "Сохранить".

6.5. 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".

Администратор Контакт-центра осуществляет контроль работы по всем обращениям граждан, осуществляет «закрытие» обращений, после чего редактирование внесённых в электронный журнал записей становится недоступным.

7. ПОРЯДОК АНАЛИТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН И КОНТРОЛЯ

7.1. Фонд ежемесячно осуществляет проведение работ по обработке, анализу и систематизации поступающих обращений граждан.

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

7.3. Аналитические материалы доводятся Администратором Контакт-центра до страховых медицинских организаций в целях подготовки и направления медицинским организациям, иным организациям рекомендаций по устранению случаев нарушения прав застрахованных лиц.