



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 870-9680, доб. 1522, факс: (499) 973-4455
e-mail: general@ffoms.ru, http://www.ffoms.ru

26.02.2021 № 00-10-30-04/1101

на № _____

Методические рекомендации

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования с целью обеспечения единообразия реализации обязательного медицинского страхования в части информационного сопровождения застрахованных лиц направляет для использования в работе методические рекомендации «По взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи».

Приложение: на 29 л., в 1 экз.

Председатель

Е.Е. Чернякова

Методические рекомендации по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи

I. Введение

1. Настоящие Методические рекомендации (далее – Рекомендации) разработаны в целях реализации положений:

Федерального закона от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;

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

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

Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2021 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила);

приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (далее – Положение № 796н);

приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Общие принципы), а также обеспечения единообразия реализации обязательного медицинского страхования в части информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (далее – сопровождение застрахованных лиц).

Рекомендации носят рекомендательный характер и не являются нормативным правовым актом.

II. Общие положения

2. Участниками информационного взаимодействия являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд), страховые медицинские организации и

медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации (далее – медицинские организации), органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья (далее – Участники).

3. Информация о функционировании, в том числе о режиме работы контакт-центров («Горячая линия») территориального фонда и страховых медицинских организаций размещается на официальных сайтах территориальных фондов, страховых медицинских организациях, а также на информационных стендах медицинских организаций, информационных интерактивных панелях, средствах телекоммуникационной связи.

4. Информационный обмен между Участниками осуществляется на основе программного комплекса территориального фонда, работающего в круглосуточном режиме и связанного с информационными системами территориального фонда по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (далее – информационный ресурс).

Регистрация и учет поступивших обращений граждан, результатов их рассмотрения осуществляется территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями, в электронном журнале обращений граждан, требования и порядок ведения которого устанавливается Общими принципами (далее – Электронный журнал).

5. Работа с обращениями граждан, зарегистрированными в Электронном журнале, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

III. Термины и определения, применяемые в Рекомендациях

6. Информационное сопровождение застрахованных лиц – информирование застрахованных лиц и их законных представителей страховыми представителями на всех этапах оказания им медицинской помощи (пункт 231 Правил).

7. Индивидуальное информирование – персонализированное информационное сопровождение конкретного застрахованного лица или его законного представителя (пункты 233, 234, 235 и 267 Правил).

8. Электронный журнал – совокупность записей в базе данных информационной системы (Приложение И Общих принципов).

9. Контакт-центр («Горячая линия») – комплекс организационных мероприятий и технических средств, обеспечивающих возможность устного обращения граждан по телефону «Горячей линии» по вопросам в сфере обязательного медицинского страхования (пункт 233 Правил, Приложение

И Общих принципов).

Для реализации работы «Горячей линии» территориальный фонд и страховые медицинские организации выделяют линию с прямым городским и федеральным телефонным номером, привлекают организацию по обработке звонков на условиях аутсорсинга или организует интеграцию имеющихся служб информирования населения многоканальными телефонами.

10. Администратор контакт-центра («Горячая линия») – специалист территориального фонда, осуществляющий контроль и анализ работы с обращениями граждан, поступившими по телефону, разрабатывающий предложения и мероприятия, направленные на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи, эффективной работы страховых медицинских организаций (Приложение И Общих принципов).

11. Оператор 1 уровня – специалист контакт-центра («Горячая линия»), непосредственно осуществляющий работу (фиксирование входящих звонков, переадресация) с устными обращениями граждан, поступившими по телефону, в соответствии со стандартами обслуживания по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера (типовые вопросы) (Приложение И Общих принципов).

12. Оператор 2 уровня – специалист территориального фонда или иной организации, взаимодействующей с контакт-центром («Горячая линия») на территории субъекта Российской Федерации, деятельность которого направлена на предоставление информации по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера, на принятие мер в случае неудовлетворенности застрахованных лиц доступностью и качеством медицинской помощи в медицинских организациях, а также работой страховых медицинских организаций (Приложение И Общих принципов).

13. Страховой представитель – уполномоченное лицо страховой медицинской организации, которое осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц и их законных представителей на всех этапах оказания им медицинской помощи в том числе по обращениям застрахованных (пункт 231 Правил).

Информирование застрахованных лиц страховыми представителями осуществляется, как по телефону контакт-центра («Горячая линия»), так и иными способами информирования, доступными для застрахованного лица (СМС уведомление, мессенджеры, почтовые рассылки, памятки, брошюры, листовки и др.), при визите застрахованного лица в медицинскую организацию, в страховую медицинскую организацию.

14. Страховой представитель 1 уровня – специалист контакт-центра («Горячей линии») страховой медицинской организации, прошедший подготовку на базе страховой медицинской организации, предоставляющий по устным обращениям граждан информацию по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера

(типовые вопросы) и осуществляющий маршрутизацию вопросов, требующих рассмотрения иными специалистами (пункт 233 Правил).

Страховой представитель 1 уровня осуществляет телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них.

15. Страховой представитель 2 уровня – специалист страховой медицинской организации, прошедший специальную подготовку на базе образовательной организации высшего образования по утвержденной программе с получением подтверждающего документа, деятельность которого направлена на защиту прав и законных интересов застрахованных лиц, в сфере обязательного медицинского страхования, на организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе при прохождении профилактических мероприятий (пункт 234 Правил). Страховой представитель 2 уровня осуществляет работу с обращениями граждан, обеспечение организации информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе при профилактических медицинских осмотрах, диспансеризации, лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, организацию индивидуального информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий и диспансерной явки, мониторинг и анализ результатов профилактических мероприятий, в том числе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, подготовку предложений для медицинских организаций по организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

Деятельность страхового представителя 2 уровня осуществляется в страховой медицинской организации, в медицинской организации (в соответствии с графиком работы) (пункт 231 Правил).

Медицинская организация безвозмездно предоставляет страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и средств информирования, в том числе информационных стендов, информационных интерактивных панелей, средств телекоммуникационной связи, а также для деятельности представителей страховой медицинской организации) (пункт 231 Правил).

Под профилактическими мероприятиями для целей настоящих Рекомендаций понимается проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках базовой программы за счет средств обязательного медицинского страхования.

Страховой представитель 2 уровня:

а) информирует застрахованных лиц о:

медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере

обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;

видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования;

праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;

порядке получения полиса обязательного медицинского страхования;

прохождении, в том числе в вечерние часы и в субботу, профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения, а также о возможности дистанционной записи на медицинские исследования в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н (зарегистрирован Минюстом России 24.04.2019, регистрационный № 54495);

- прохождении диспансерного наблюдения застрахованными лицами включенными в группы диспансерного наблюдения при наличии оснований согласно Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденного приказом Минздрава России от 29.03.2019 № 173н (зарегистрирован Минюстом России от 25.04.2019, регистрационный № 54513);

последствиях не прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании поданных медицинскими организациями в страховую медицинскую организацию реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);

правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования;

б) содействует привлечению застрахованных лиц, включенных медицинскими организациями в списки, к прохождению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, в том числе организует их индивидуальное информирование в письменной или иных формах о возможности прохождения профилактических мероприятий в текущем квартале (месяце) в медицинской организации, к которой они прикреплены;

в) организует ведение учета застрахованных лиц, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, но не обратившихся в медицинскую организацию для их прохождения, в том числе для проведения телефонных опросов данных застрахованных лиц страховым представителем 1 уровня;

г) анализирует данные опросов (анкетирование) населения о доступности медицинской помощи, результаты опроса (анкетирования) страховая медицинская организация доводит до руководителей медицинских организаций, территориальных фондов, органов

государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

д) ежемесячно (на основании результатов профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, отраженных в реестрах счетов) ведет учет застрахованных лиц:

прошедших профилактический медицинский осмотр, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний;

начавших прохождение диспансеризации;

завершивших первый этап диспансеризации;

направленных на второй этап диспансеризации;

завершивших второй этап диспансеризации;

не прошедших первый этап диспансеризации;

подлежащих и отказавшихся от прохождения второго этапа диспансеризации;

подлежащих взятию на диспансерное наблюдение;

е) осуществляет повторное информирование застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, первого этапа диспансеризации, в том числе с изменением каналов информирования при необходимости, контроль полноты охвата вторым этапом диспансеризации застрахованных лиц и своевременности его проведения, в том числе:

контролирует по реестрам счетов, предъявленных к оплате, факты обращений застрахованных лиц в медицинские организации для прохождения второго этапа диспансеризации;

при отсутствии информации об обращении в медицинскую организацию для прохождения второго этапа диспансеризации в течение трех месяцев после завершения первого этапа диспансеризации организует информирование застрахованных лиц о необходимости обращения в медицинскую организацию для проведения дальнейших профилактических мероприятий (диспансеризации) в рамках второго этапа;

осуществляет анализ работы медицинских организаций по показателю полноты охвата в трех-месячный срок вторым этапом диспансеризации лиц, подлежащих прохождению второго этапа диспансеризации и не отказавшихся от него;

ж) ежемесячно (на основании результатов профилактических мероприятий, отраженных в реестрах счетов) анализирует результаты профилактических мероприятий, на основании которых формирует и ведет аналитический учет застрахованных лиц:

не прошедших профилактические мероприятия, в том числе диспансеризацию в установленный срок;

прошедших профилактические мероприятия (в полном объеме или частично) в разрезе присвоенных им групп здоровья и установленных диагнозов хронических заболеваний, подлежащих дальнейшему диспансерному наблюдению.

Данные о присвоенной группе здоровья и выявленных хронических заболеваниях, полученные страховыми представителями 2 уровня, подлежат сохранению на информационном ресурсе, доступ к которому имеют страховые представители 3 уровня.

з) проводит опросы (анкетирование) населения о доступности медицинской помощи в медицинских организациях.

16. Страховой представитель 3 уровня – специалист-эксперт страховой медицинской организации или эксперт качества медицинской помощи, прошедший на базе образовательной организации высшего образования специальную подготовку по соответствующей программе с получением подтверждающего документа, 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 (пункт 235 Правил).

Страховой представитель 3 уровня осуществляет рассмотрение обращений (жалоб) застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи, в том числе обеспечение индивидуального информирования и сопровождение застрахованных лиц по результатам профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, проводит информационную работу с застрахованными лицами о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояний здоровья и формирования приверженности к лечению.

Страховой представитель 3 уровня осуществляет информирование застрахованных лиц по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию:

о выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц);

о необходимости выполнения назначений и рекомендаций по результатам оказания медицинской помощи.

Страховой представитель 3 уровня осуществляет контроль выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

Страховой представитель 3 уровня в течение двух рабочих дней после размещения медицинской организацией на информационном ресурсе

территориального фонда сведений о получении рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, обеспечивает проведение медико-экономической экспертизы в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (пункт 257 Правил).

Страховой представитель 3 уровня контролирует фактическое исполнение застрахованными лицами объемов медицинской помощи в медицинских организациях, анализируют своевременность диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам диспансеризации.

Страховой представитель 3 уровня:

в автоматическом режиме осуществляют отбор случаев для проведения контроля объемов, качества и условий предоставленной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

организуют проведение по отобранным случаям проведение медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи на предмет выявления нарушений условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, пациентам со злокачественными новообразованиями, пациентам взятым на диспансерный учет по результатам проведенной диспансеризации,

- организует проведение - экспертиз качества медицинской помощи по отобранным случаям с применением лекарственной терапии (химиотерапии).

Страховой представитель 3 уровня контролируют соблюдение законных прав застрахованных лиц на получение гарантированной бесплатной и доступной медицинской помощи, в том числе пациентов с онкологическим заболеваниями, оказывает, при необходимости, правовую и методическую поддержку застрахованным лицам при возникновении спорных случаев в досудебном и судебном порядках.

Страховой представитель 3 уровня на основании данных о присвоенной группе здоровья и выявленных хронических заболеваниях, представленных страховым представителем 2 уровня, организуют индивидуальное сопровождение лиц (при наличии согласия) на всех этапах оказания медицинской помощи.

Страховой представитель 3 уровня на основании данных информационного ресурса о застрахованных лицах формирует индивидуальную историю страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием на основе сведений реестров-счетов на оплату медицинской помощи на всех этапах ее оказания, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленным заболеваниям или при продолжающемся лечении.

Индивидуальная история страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием должна содержать следующую информацию:
единый номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;

номера и даты счетов на оплату медицинской помощи;

коды медицинских организаций, оказавших медицинскую помощь;

о посещениях/обращениях в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства/прикрепления;

о законченных случаях лечения в условиях стационара и дневного стационара;

даты начала и окончания оказания медицинской помощи;

о диагнозах основном и сопутствующем по МКБ -10;

результаты обращения за медицинской помощью;

сведения о диспансерном наблюдении.

Данные сведения формируются в хронологической последовательности по датам оказания законченных случаев лечения и/или медицинских услуг.

При реализации застрахованным лицом право выбора (замены) страховой медицинской организации в связи с изменением места жительства, полноту формирования индивидуальной истории страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием обеспечивают территориальный фонд (пункт 251 Правил).

Страховые представители 3 уровня на основании данных информационного ресурса о застрахованных лицах, подлежащих диспансерному наблюдению, организуют индивидуальное сопровождение лиц (при наличии согласия) на всех этапах оказания медицинской помощи и т.д.

IV. Порядок ведения Электронного журнала территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями.

17. Территориальный фонд и страховые медицинские организации ведут Электронный журнал, расположенный на защищенном ресурсе территориального фонда.

18. Порядок ведения Электронного журнала должен предусматривать 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.

19. Круг ответственных лиц, имеющих право доступа и внесения информации в Электронный журнал, определяется руководством территориального фонда, страховой медицинской организации.

20. В Электронном журнале подлежат регистрации обращения граждан, поступающие в территориальный фонд и страховые медицинские организации в письменной форме (по почте, телеграфу, факсимильной связи, информационным системам общего пользования) или устной форме (на личном приеме, по телефону контакт-центра («Горячей линии»).

21. На каждое обращение создается индивидуальная регистрационно-контрольная карта.

22. При регистрации обращения, ответственный работник заполняет все поля регистрационно-контрольной карты, проверяет соответствие введенных данных информации, изложенной в обращении.

23. Информация, внесенная в поля регистрационно-контрольной карты, должна излагаться лаконичным и точным языком, позволяющим сделать однозначные выводы о проведенных мероприятиях.

V. Порядок взаимодействия Участников при оказании застрахованным лицам услуг справочно-консультационного характера.

24. Обращения граждан поступают на телефонный номер контакт-центра («Горячая линия») территориального фонда или страховой медицинской организации, работающих круглосуточно с обязательной аудиозаписью входящих и исходящих звонков:

в режиме работы оператора с 9-00 до 18-00 по рабочим дням;

в режиме электронного секретаря с 18-00 до 9-00 по рабочим, в выходные и праздничные дни – круглосуточно.

25. При обращении гражданина в контакт-центр («Горячая линия») территориального фонда оператор 1 уровня регистрирует обращение в Электронном журнале в установленном порядке и самостоятельно отвечает на вопросы, носящие справочный характер (типовые вопросы).

26. В случае получения вопроса, не относящегося к типовым, а также при необходимости привлечения специалиста более высокой квалификации для ответов на поставленные вопросы оператор 1 уровня производит переадресацию обращения застрахованного лица к оператору 2 уровня по классификации вопроса или страховому представителю 2 уровня.

27. Обращения граждан, поступившие по телефону контакт-центра («Горячая линия») в территориальный фонд и зарегистрированные в Электронном журнале, по вопросам, не относящимся к типовым и не требующим незамедлительного решения, ответы, на которые требуют привлечение специалистов более высокой квалификации, оператором 1 уровня посредством информационного ресурса направляются оператору 2 уровня и/или страховому представителю 1 уровня для дальнейшей работы с обращением.

28. Страховой представитель 1 уровня осуществляет работу (фиксирование входящих звонков, переадресацию 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 настоящими Рекомендациями.

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

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

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

32. 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.

33. В случае если гражданин обращается в контакт-центр («Горячая линия») страховой медицинской организации или территориального фонда повторно по обращению, находящемуся в работе, страховой представитель или оператор 1 уровня осуществляет маршрутизацию соответственно к страховому представителю 2 или 3 уровней или оператору 2 уровня, ответственного за данное обращение, или другому ответственному сотруднику страховой медицинской организации, территориального фонда.

34. 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:

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

б) обращаться в территориальный фонд и органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и получать информацию, необходимую для защиты прав застрахованных лиц;

в) обращаться в территориальный фонд, к руководителю медицинской организации в случае непредставления уполномоченными должностными лицами медицинских организаций информации и неприятия ими мер, необходимых для разрешений спорных ситуаций.

35. Операторы и страховые представители всех уровней на каждом

этапе работы с обращениями граждан заполняют соответствующие поля Электронного журнала.

36. Администратор контакт-центра («Горячая линия») осуществляет контроль за работой с обращениями граждан, поступившими по телефонам в территориальный фонд, а также напрямую в страховую медицинскую организацию через Электронный журнал посредством информационного ресурса.

37. Территориальный фонд ежемесячно осуществляет проведение работ по обработке, анализу и систематизации поступающих обращений граждан.

38. Администратор контакт-центра («Горячая линия») ежемесячно подготавливает аналитические материалы о работе с обращениями граждан, в том числе по результатам контроля работы операторов 1 и 2 уровней, страховых представителей всех уровней за отчетный период.

39. Аналитические материалы доводятся Администратором контакт-центра («Горячая линия») до организации, участвующей в работе с обращениями застрахованных лиц, поступившими по телефону, в целях подготовки и направления медицинским организациям, органам государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, иным организациям рекомендаций по устранению (недопущению) случаев нарушения прав застрахованных лиц.

VI. Порядок взаимодействия Участников при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий

40. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, посредством информационного ресурса предоставляет в территориальный фонд в срок не позднее 31 января текущего года:

1) сведения о лицах, из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения в соответствии с планом проведения профилактических мероприятий в медицинской организации на текущий календарный год;

2) планы-графики проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, и диспансеризации на текущий календарный год с поквартальной/помесячной разбивкой в разрезе терапевтических участков (участков врача общей практики, фельдшерских участков) не позднее двух рабочих дней с даты утверждения (изменения) указанного плана;

3) сведения о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации на текущий

календарный год;

4) график работы медицинской организации, в том числе отделений (кабинетов) для прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, а также выездных мобильных бригад с указанием адресов их работы (пункт 253 Правил).

41. Страховые медицинские организации и медицинские организации получают доступ к информационному ресурсу и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется не реже одного раза в сутки в соответствии с установленным территориальным фондом графиком передачи информации медицинских организаций и страховых медицинских организаций (пункт 250 Правил).

42. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени по рабочим дням осуществляет обновление в информационном ресурсе сведений о застрахованных лицах:

а) прошедших профилактический медицинский осмотр, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения;

б) начавших прохождение диспансеризации;

в) завершивших первый этап диспансеризации;

г) направленных на второй этап диспансеризации;

д) завершивших второй этап диспансеризации.

Страховая медицинская организация не позднее трех рабочих дней после индивидуального информирования застрахованных лиц осуществляет размещение сведений об указанном информировании в информационном ресурсе (пункт 258 Правил).

43. Страховая медицинская организация ведет учет застрахованных лиц:

1) подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, диспансеризации и диспансерному наблюдению в текущем календарном году;

2) начавших прохождение диспансеризации;

3) завершивших первый этап диспансеризации;

4) направленных на второй этап диспансеризации;

5) завершивших второй этап диспансеризации;

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

Страховая медицинская организация осуществляет в течение года публичное информирование застрахованных лиц о целях и задачах профилактических осмотров, в том числе диспансеризации, и порядке их

проведения через публикации в средствах массовой информации, распространение брошюр и памяток, выступления в коллективах застрахованных лиц, через размещение информации на официальном сайте, а также индивидуальное информирование застрахованных лиц о праве прохождения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения (пункт 264 Правил).

44. Страховая медицинская организация получает сведения, внесенные каждой медицинской организацией в информационный ресурс в срок не позднее 31 января текущего календарного года, о лицах из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, в отношении которых планируется осуществление профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения в очередном календарном году, в том числе поквартально, а также о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации в текущем календарном году: фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения, номер полиса (пункт 265 Правил).

45. При представлении медицинской организацией в территориальный фонд сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации в текущем календарном году, и планируемых сроках диспансерного наблюдения дополнительно к сведениям, установленным пунктом 44 Рекомендаций, предоставляются следующие сведения:

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

2) дата включения застрахованного лица в группу диспансерного наблюдения;

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

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

5) дата предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации);

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

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

8) дата посещения/обращения застрахованного лица медицинской организации для прохождения диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения);

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

10) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий прекращение диспансерного наблюдения (пункт 266 Правил).

46. Страховые медицинские организации в целях индивидуального информирования застрахованных лиц о прохождении профилактических мероприятий средствами единого информационного ресурса представляют в территориальный фонд сведения о застрахованных лицах:

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

2) способ первичного и повторного информирования страховой медицинской организацией застрахованного лица (пункт 267 Правил).

47. Территориальный фонд в течение 5 рабочих дней с момента предоставления медицинской организацией сведений, в соответствии с пунктами 44 и 45 Рекомендаций, на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений, в целях:

1) идентификации страховой принадлежности застрахованных лиц, включенных медицинской организацией в списки для проведения профилактического медицинского осмотра, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения;

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

Протоколы автоматизированной обработки полученных от медицинских организаций сведений направляются в медицинские

организации средствами информационного ресурса (пункт 268 Правил).

48. Медицинская организация, по истечении срока, определенного пунктом 44 Рекомендаций, в течение 5 рабочих дней средствами информационного ресурса вносит необходимые корректировки в сведения, представленные в соответствии с пунктами 44 и 45 Рекомендаций по прикрепленному контингенту и направляет в страховые медицинские организации с учетом результатов идентификации сведения о лицах, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения на текущий календарный год, распределенные поквартально с учетом имеющихся возможностей для самостоятельного выполнения работ (услуг), необходимых для проведения профилактических мероприятий в полном объеме, или привлечения для выполнения некоторых видов работ (услуг) иных медицинских организаций на основании заключенного договора (пункт 269 Правил).

49. Страховая медицинская организация в случае невыполнения медицинской организацией обязательств по своевременному предоставлению сведений о лицах, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения и их поквартальном распределении, информирует территориальный фонд о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки.

50. Территориальный фонд обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

51. Медицинская организация посредством информационного ресурса ежемесячно актуализирует и представляет страховой медицинской организации сведения о лицах, включенных в списки для проведения профилактического медицинского осмотра первого этапа диспансеризации.

Медицинская организация ежемесячно направляет в информационный ресурс сведения о застрахованных лицах, направленных на второй этап диспансеризации, перечне дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами, назначенных застрахованных лиц к выполнению на втором этапе диспансеризации для уточнения диагноза заболевания, а также сведения о застрахованных лицах, направленных на диспансерное наблюдение (пункт 272 Правил).

52. Медицинская организация предоставляет страховой медицинской организации в целях оптимизации потока застрахованных лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения:

- 1) график работы медицинской организации;
- 2) порядок маршрутизации застрахованных лиц;
- 3) телефон ответственного лица медицинской организации,

отвечающего за эффективное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями.

53. Страховой представитель 2 уровня ежемесячно осуществляет информирование застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации или диспансерному наблюдению в текущем году, в том числе лиц, не прошедших данные мероприятия, или законных представителей застрахованных лиц о возможности прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации или диспансерного приема (осмотра, консультации). Каждое застрахованное лицо, включенное в список для прохождения профилактических мероприятий, информируется один раз и один раз повторно, при неявке на профилактические мероприятия (пункт 273 Правил).

54. Индивидуальное информирование застрахованных лиц, включенных медицинскими организациями в списки для проведения профилактических мероприятий (диспансеризации) на первый квартал (месяц) текущего года, осуществляется страховой медицинской организацией в течение 10-15 рабочих дней с момента получения от медицинских организаций необходимых сведений, включенных в последующие отчетные кварталы (месяцы) – в течение 10-15 рабочих дней первого месяца отчетного квартала (ежемесячно).

55. Страховой представитель 2 уровня ежеквартально (ежемесячно) по итогам квартала (месяца) организует ведение учета застрахованных лиц, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий (диспансеризации), но не обратившихся в медицинскую организацию для их прохождения, в том числе для проведения телефонных опросов данных застрахованных лиц страховым представителем 1 уровня.

56. Страховой представитель 1 уровня осуществляет телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них.

При этом количество лиц, подлежащих опросам должно составлять не менее 0,5% от числа лиц, прошедших по данным реестров-счетов диспансеризацию, и 20% от числа лиц, не прошедших диспансеризацию в отчетном квартале по каждой медицинской организации.

57. Страховой представитель 2 уровня анализирует данные опросов, результаты опроса страховая медицинская организация доводит до руководителей медицинских организаций, территориальных фондов, органов государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

58. Территориальный фонд обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в органы государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны

здоровья для принятия необходимых решений (изменения графика работы медицинских организаций, формирования мобильных медицинских бригад, проведения разъяснительной работы с руководителями организаций и предприятий о необходимости беспрепятственного предоставления работникам возможности прохождения профилактических мероприятий и др.).

59. Медицинская организация по результатам проведения профилактических мероприятий (диспансеризации) вносит в реестр счетов информацию о законченном случае оказания медицинской помощи по каждому застрахованному лицу.

60. Данные о выявленных хронических заболеваниях, полученные страховыми представителями 2 уровня, подлежат сохранению на информационном ресурсе, доступ к которому имеют страховые представители 3 уровня, в том числе сгруппированные на предмет наличия следующих диагнозов (код по МКБ-10 – Международная классификация болезней Десятого пересмотра): I10, I11, I12, I13, I15, I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9) по следующим признакам:

пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) (в том числе имеющие в анамнезе острый коронарный синдром (ОКС), чрескожные вмешательства, коронарное шунтирование, радиочастотную абляцию, по прошествии 12 месяцев после события) и коморбидными заболеваниями, т.е. имеющие кроме ИБС еще одно и более сопутствующее заболевание, повышающее риск сердечно-сосудистой смерти (сахарный диабет (СД), хронические обструктивные болезнь легких (ХОБЛ), острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, в том числе в сочетании с фибрилляцией предсердий (ФП), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), хронической болезнью почек (ХБП));

пациенты с артериальной гипертензией (АГ) и коморбидными заболеваниями, имеющие кроме АГ еще одно и более сопутствующее заболевание, повышающее риск сердечно-сосудистой смерти (СД, ХОБЛ, ФП, ОНМК в анамнезе, в том числе в сочетании с ФП, ХСН, ХБП);

пациенты после острых событий (ОКС, ОНМК), а также после сложных высокотехнологичных хирургических вмешательств, нуждающиеся в реабилитации и длительной вторичной профилактике.

61. Страховые представители 3 уровня контролируют фактическое потребление застрахованными лицами объемов медицинской помощи в медицинских организациях, анализируют своевременность диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), и осуществляют их индивидуальное информирование (при наличии согласия) о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению.

62. Медицинская организация по результатам проведения второго этапа диспансеризации вносит в реестр счетов для страховой медицинской

организации по каждому застрахованному лицу, прошедшему второй диспансеризации, информацию о результатах проведенных мероприятий.

VII. Порядок взаимодействия Участников при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке.

63. В соответствии с Положением № 796н при выдаче направления на госпитализацию в плановом порядке лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой. На основании указанной информации застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации для оказания ему специализированной медицинской помощи.

64. Информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании специализированной медицинской помощи осуществляется посредством информационного ресурса территориального фонда.

65. Страховые медицинские организации и медицинские организации получают доступ к информационному ресурсу и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

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

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

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

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

4) застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

5) застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний (пункт 254 Правил).

67. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе о застрахованных лицах за истекшие сутки, получивших направление в медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации (пункт 255 Правил).

68. Медицинская организация, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, после получения сведений, содержащих рекомендации медицинских работников федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь (национальные медицинские исследовательские центры) по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, не позднее одного рабочего дня с даты получения данных сведений размещает посредством информационного ресурса информацию о застрахованных лицах, в отношении которых получены указанные рекомендации (пункт 256 Правил).

69. Страховая медицинская организация осуществляет контроль выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

Страховой представитель 3 уровня в течение двух рабочих дней после размещения медицинской организацией на информационном ресурсе территориального фонда сведений о получении рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, обеспечивает проведение очной медико-экономической экспертизы в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

При обращении застрахованных лиц оказывает консультативную помощь по вопросам:

1) получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, в рамках базовой и территориальной программ

обязательного медицинского страхования, в том числе о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи;

2) права выбора медицинской организации по направлению лечащего врача при получении специализированной медицинской помощи в плановом порядке.

70. В соответствии с Положением № 796н при выдаче направления на плановую госпитализацию лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой.

71. На основании информации, полученной от лечащего врача, застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи.

72. Оформление направления на оказание специализированной помощи осуществляется уполномоченным должностным лицом медицинской организации с учетом сведений, содержащихся в информационном ресурсе о количестве свободных мест для плановой госпитализации в выбранной застрахованным лицом медицинской организации на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом даты освобождения места.

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

74. Участники взаимодействия вносят в информационный ресурс сведения и получают из него информацию, необходимую для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании специализированной медицинской помощи в соответствии с Правилами.

Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется не реже одного раза в сутки в соответствии с установленным территориальным фондом графиком передачи информации медицинских организаций и страховых медицинских организаций, а при наличии возможностей – в режиме реального времени.

75. Состав информации, вносимой в информационный ресурс.

Таблица 1. Состав сведений о направлении на госпитализацию

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	Уникален в пределах субъекта Российской Федерации
Да	Дата направления	
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 – плановая 2 – неотложная
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Реестровый номер медицинской организации, куда направлен пациент	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации, куда направлен пациент	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	<*>
Усл	Серия полиса обязательного медицинского страхования	Указывается для полисов старого образца при наличии
Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	
Да	Страховая медицинская организация	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Субъект Российской Федерации, в котором застрахован гражданин	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Усл	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Контакт	Номер телефона застрахованного лица
Да	Код диагноза по МКБ	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	Код медицинского работника, направившего больного	Региональный справочник
Да	Плановая дата госпитализации	

 <*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Таблица 2. Состав сведений о госпитализации по направлению (в том числе при переводе из других медицинских организаций и в рамках одной медицинской организации)

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	
Да	Дата направления	
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 – плановая 2 – неотложная
Да	Реестровый номер медицинской организации	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Дата фактической госпитализации	
Усл	Время фактической госпитализации	
Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	<*>
Усл	Серия полиса обязательного медицинского страхования	Указывается для полисов старого образца при наличии
Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Усл	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	№ карты стационарного больного	
Да	Диагноз приемного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

<*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Таблица 3. Состав сведений об аннулировании направления на госпитализацию

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	
Да	Дата направления	
Да	Источник аннулирования	<ol style="list-style-type: none"> 1. страховые медицинские организации 2. медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях 3. медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях
Да	Реестровый номер источника аннулирования	<*>
Усл.	Код подразделения медицинской организации – источника аннулирования	Региональный справочник. Указывается для медицинской организации при наличии подразделений
Да	Причина аннулирования	<ol style="list-style-type: none"> 1. неявка пациента на госпитализацию 2. непредоставление необходимого пакета документов (отказ медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях) 3. инициативный отказ от госпитализации пациентом 4. смерть 5. прочие

 <*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Таблица 4. Состав сведений о пациентах, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Усл.	Номер направления	Для госпитализаций по направлению
Усл.	Дата направления	Для госпитализаций по направлению
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 – плановая 2 – неотложная 3 – экстренная
Да	Реестровый номер медицинской организации	<*>
Усл.	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Дата госпитализации	
Да	Дата выбытия	
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	№ карты стационарного больного	
Да	Диагноз	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики
Да	Исход	1.улучшение 2.без динамики 3.ухудшение

<*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Таблица 5. Состав сведений о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учетом периода ожидания.

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Дата	
Да	Реестровый номер медицинской организации	
Усл.	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Профиль койки	
Да	Состояло пациентов на отчетный период <*>	
Да	Поступило пациентов за отчетный период <*>	
Да	Выбыло пациентов за отчетный период <*>	
Да	Планируется госпитализаций (направлений на госпитализацию) на отчетный период <*>	
Да	Количество свободных коек на конец отчетного периода <*> (с учетом планируемой госпитализации) всего	
Да	в том числе: мужские	
Да	женские	
Да	детские	
Да	Исполнение объемов в части количества госпитализаций в разрезе страховых медицинских организаций	
Да	Исполнение объемов в части количества койко-дней в разрезе страховых медицинских организаций	

<*> Отчетный период в соответствии с разделом XV Правил.

76. Автоматизированный учет сведений о направлениях на плановую госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется в ежедневном режиме в срок до 9-00 местного времени путем предоставления соответствующих сведений в единый информационный ресурс.

77. Сведения о выписанных направлениях на оказание специализированной медицинской помощи передаются медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в электронном виде в единый информационный ресурс ежедневно не позднее 9.00 местного времени по состоянию на 20.00 часов предшествующего дня. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 1.

78. Номер направления на оказание специализированной помощи должен быть уникальным в пределах субъекта Российской Федерации.

79. В случае отказа застрахованного лица от плановой госпитализации медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, направляет соответствующие сведения в единый информационный ресурс. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 3 к настоящим Рекомендациям.

80. Территориальный фонд на основании детализированных сведений о выданных направлениях на госпитализацию, поступивших от медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, определяет доступ к обрабатываемым сведениям для участников информационного взаимодействия. При этом предоставляемые сведения для страховых медицинских организаций определяются списочным составом застрахованных лиц по текущему состоянию регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц на момент предоставления доступа.

81. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляет автоматизированный учет застрахованных лиц, поступивших на госпитализацию по направлениям, а также отказавшихся от госпитализации явочным порядком.

82. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, ежедневно не позднее 9.00 местного времени передает информацию о количестве свободных мест для госпитализации с учетом периода ожидания. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 5.

83. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 10.00

получает информацию о наличии свободных мест и объемов для госпитализации с учетом периода ожидания. Перечень получаемых сведений представлен в Таблице 5 к настоящим Рекомендациям.

84. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, ежедневно не позднее 9.00 местного времени направляет в единый информационный ресурс сведения о фактах госпитализации по направлениям (Таблица 2 к настоящим Рекомендациям), об отказах от госпитализации (Таблица 3 к настоящим Рекомендациям), а также о выбывших пациентах (Таблица 4 к настоящим Рекомендациям).

85. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, получает сведения о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям (Таблица 2 к настоящим Рекомендациям), а также об аннулировании направлений, выданных данной медицинской организацией (Таблица 3 к настоящим Рекомендациям).

86. Страховой представитель 2 уровня на основании сведений, внесенных в информационный ресурс о застрахованных лицах, направленных на госпитализацию, по факту госпитализации осуществляет мониторинг очередности и доступности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, своевременности и профильности плановой госпитализации. Информация о выявленных нарушениях, в том числе непрофильных госпитализациях, передается страховому представителю 3 уровня.

87. Страховой представитель 3 уровня на основании сведений, полученных от страхового представителя 2 уровня, осуществляет взаимодействие с медицинской организацией для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение.

88. Страховой представитель 2 уровня на основании сведений, внесенных в информационный ресурс, анализирует информацию о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, уточняет у застрахованного лица причины несостоявшейся госпитализации, при необходимости направляет информацию в медицинскую организацию, выдавшую направление на плановую госпитализацию, для изменения даты госпитализации застрахованного лица и информирует об этом застрахованное лицо.

89. Информация о случаях несостоявшейся госпитализации по причине отсутствия медицинских показаний передается страховому представителю 3 уровня, который систематизирует полученную

информацию и готовит предложения о необходимости проведения экспертиз качества в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

90. Страховой представитель 3 уровня при наличии обращений застрахованных лиц:

1) участвует в оперативном разрешении спорных ситуаций, возникающих в момент госпитализации, путем взаимодействия с уполномоченными должностными лицами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

2) организует экспертизу оказания медицинской помощи в момент получения специализированной медицинской помощи для контроля доступности медицинской помощи, соответствия условий ее оказания установленным показателям, соблюдения прав пациента.