

«Утверждаю»
Директор ТФОМС
города Байконур
Григорьева Н.А.



2019 год



«Согласовано»
Начальник ФГБУЗ
ЦНИИЧ №1 ФМБА России
Чепрасов Д.А.

2019 год



«Согласовано»
Заместитель директора
Байконурского филиала
Избаева Ж.Н.

2019 год

**Регламент по взаимодействию участников обязательного
медицинского страхования при информационном
сопровождении застрахованных лиц на всех этапах
оказания им медицинской помощи.**

(вступает в действие с 1 апреля 2019 года)

Байконур 2019 г.

Содержание

I ВВЕДЕНИЕ	3
II ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
III ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	4
IV ОТВЕТСТВЕННОСТЬ УЧАСТНИКОВ.....	9
V ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ЖУРНАЛА ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ФОНДОМ И СТРАХОВЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ УСЛУГ СПРАВОЧНО-КОНСУЛЬТАЦИОННОГО ХАРАКТЕРА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА БАЙКОНУР	10
1. Порядок ведения электронного журнала территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями.....	10
2. Порядок взаимодействия Участников при оказании застрахованным лицам услуг справочно-консультационного характера в сфере обязательного медицинского страхования города Байконур.....	10
Приложение 1	13
VI ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ.....	14
1. Общие положения	14
2. Обязанности медицинских организаций при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий	15
3. Обязанности СМО при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий.....	16

4. Обязанности территориального фонда при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий	19
Приложение 2	20
Приложение 3	21
Приложение 4	24
VII ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА БАЙКОНУР.....	31
1. Общие положения	31
2. Порядок взаимодействия участников при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке.	32
3. Ответственность	36
4. Состав информации, вносимой в информационный ресурс.....	36

I. ВВЕДЕНИЕ

Настоящий Регламент по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования города Байконур (далее – Регламент) разработан во исполнение положений:

- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

- Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации";

- Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных";

- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н "Об утверждении правил обязательного медицинского страхования";

- приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 "Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования";

- приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.12.2013 N 294 (ред. от 09.04.2018) "Об утверждении формы отчетности" (вместе с "Порядком предоставления отчетной формы "Отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи");

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).

II. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Участниками информационного взаимодействия являются территориальный фонд обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации и медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации (далее - Участники).

2. Информация о функционировании, в том числе о режиме работы контакт - центров ("Горячая линия") территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций размещается на официальных сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организациях, а также на информационных стендах медицинских организаций.

4. Информационный обмен между Участниками осуществляется на основе

организованного территориальным фондом обязательного медицинского страхования информационного ресурса, работающего в круглосуточном режиме и связанного с информационными системами территориального фонда обязательного медицинского страхования персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

5. Регистрация и учет поступивших обращений граждан, результатов их рассмотрения осуществляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в электронном журнале обращений граждан, требования и порядок ведения которого устанавливается приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 N 79 "Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (далее - Электронный журнал).

6. 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".

7. Порядок взаимодействия Участников при рассмотрении обращений застрахованных лиц изложен в Приложении 1 к настоящему Регламенту.

III. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

8. Информационное сопровождение застрахованных лиц - информирование застрахованных лиц страховыми представителями всех уровней на всех этапах оказания им медицинской помощи.

9. Индивидуальное информирование - персонализированное информационное сопровождение конкретного застрахованного лица.

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

11. Контакт - центр ("Горячая линия") - комплекс организационных мероприятий и технических средств, обеспечивающих возможность устного обращения граждан по телефону по вопросам в сфере обязательного медицинского страхования.

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

12. Администратор контакт - центра ("Горячая линия") - специалист территориального фонда обязательного медицинского страхования,

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.

13. Оператор 1 уровня - специалист контакт - центра ("Горячая линия"), непосредственно осуществляющий работу (сканирование входящих звонков, переадресация, фиксирование) с устными обращениями граждан, поступившими по телефону, в соответствии со стандартами обслуживания по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера (типовые вопросы).

14. Оператор 2 уровня - специалист территориального фонда обязательного медицинского страхования 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.

15. Страховой представитель - уполномоченное лицо страховой медицинской организации, которое осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по обращениям застрахованных. 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.

16. 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.

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 опросам подлежит не менее 0,5% от числа лиц, прошедших по данным реестров - счетов диспансеризацию, не менее 0,5% от числа лиц, не прошедших диспансеризацию в отчетном месяце по каждой медицинской организации.

17. Страховой представитель 2 уровня - специалист страховой медицинской организации, прошедший специальную подготовку на базе высшего учебного заведения по утвержденной программе с получением подтверждающего документа, деятельность которого направлена на организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, на защиту прав и законных интересов застрахованных, в сфере обязательного медицинского страхования лиц. Деятельность страхового представителя 2 уровня осуществляется в страховой медицинской организации, в медицинской организации (в соответствии с графиком работы), в страховом представительстве, организованном на территории медицинской организации.

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 об условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;

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

- порядке получения полиса;

- прохождении диспансеризации в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Минздрава России от 26.10.2017 N 869н (Зарегистрировано в Минюсте России 12.12.2017 N 49214);

- 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 охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

б) содействует привлечению застрахованных лиц, включенных медицинскими организациями в списки, к прохождению 1 этапа профилактических мероприятий, 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 1 этапа профилактических мероприятий, 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, результаты опроса страховая медицинская организация доводит до руководителей медицинских организаций, территориальных фондов, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации;

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

- не прошедших 1 этап профилактических мероприятий;
- подлежащих и отказавшихся от прохождения 2 этапа профилактических мероприятий;

- подлежащих взятию на диспансерное наблюдение.

е) осуществляет в последующие периоды организацию повторного информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения 1 этапа профилактических мероприятий, в том числе с изменением каналов информирования при необходимости, контроль полноты охвата 2 этапом профилактических мероприятий 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 2 этапа профилактических мероприятий;

- при отсутствии информации об обращении в медицинскую организацию для прохождения 2 этапа профилактических мероприятий в течение 3 месяцев после завершения 1 этапа профилактических мероприятий организует информирование застрахованных лиц о необходимости обращения в медицинскую организацию для проведения дальнейших профилактических мероприятий в рамках 2 этапа;

- осуществляет анализ работы медицинских организаций по показателю полноты охвата в 3-месячный срок 2 этапом профилактических мероприятий лиц, подлежащих прохождению 2 этапа профилактических мероприятий 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 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 и лечению.

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 анкетирование населения о доступности медицинской помощи в медицинских организациях.

18. Страховой представитель 3 уровня - специалист - эксперт страховой

медицинской организации или эксперт качества медицинской помощи, прошедший на базе высшего учебного заведения 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.

Страховой представитель 3 уровня осуществляет информирование застрахованных лиц по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам.

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 диспансеризации, и организует их индивидуальное информирование (при наличии согласия) о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению (Приложение 2).

Страховые представители 3 уровня:

- в автоматическом режиме осуществляют отбор случаев для проведения контроля объемов, качества и условий предоставленной медицинской помощи;

- организуют проведение по отобранным случаям проведение тематических 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 с со злокачественными новообразованиями, пациентам, взятым на диспансерный учет по результатам проведенной диспансеризации,

- организует проведение тематических экспертиз качества медицинской помощи по отобранным случаям (в 100%) с применением лекарственной терапии (химиотерапии).

Страховые представители 3 уровня контролируют соблюдение законных прав застрахованных лиц на получение гарантированной бесплатной и доступной медицинской помощи, оказывают, при необходимости правовую и методическую поддержку застрахованным лицам при возникновении спорных случаев в досудебном и судебном порядках.

Страховые представители 3 уровня на основании данных о присвоенной группе здоровья и выявленных хронических заболеваниях, представленных страховыми представителями 2 уровня, организуют индивидуальное сопровождение лиц (при наличии согласия) на всех этапах оказания медицинской помощи.

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. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ УЧАСТНИКОВ

19. Ответственность Участников установлена федеральным законодательством:

Федеральный закон от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации";

Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

20. Участники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за:

а. неправомерный отказ в приеме или рассмотрении обращений граждан, нарушение сроков рассмотрения обращений, неправомерное увеличение сроков рассмотрения обращений;

б. разглашение персональных и других сведений, составляющих охраняемую законом тайну, ставших известными в ходе рассмотрения обращения;

в. не предоставление информации и непринятие мер, необходимых для разрешения спорных ситуаций.

V. ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ЖУРНАЛА ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ФОНДОМ, СТРАХОВЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ УСЛУГ СПРАВОЧНО - КОНСУЛЬТАЦИОННОГО ХАРАКТЕРА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА БАЙКОНУР

1. Порядок ведения электронного журнала территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями.

21.1. Участники реализации Регламента ведут электронный журнал, расположенный на защищенном ресурсе территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур (далее – территориальный фонд).

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

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

21.4. 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")).

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

21.6. При регистрации обращения, ответственный работник заполняет все поля электронной карточки, проверяет соответствие введенных данных информации, изложенной в обращении.

21.7. Информация, внесенная в поля, должна излагаться лаконичным и точным языком, позволяющим сделать однозначные выводы о проведенных мероприятиях.

2. Порядок взаимодействия Участников при оказании застрахованным лицам услуг справочно - консультационного характера в сфере обязательного медицинского страхования города Байконур

21.8. Обращения граждан поступают на телефонный номер контакт -

центра ("Горячая линия") территориального фонда обязательного медицинского страхования 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.

21.9. 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).

21.10. 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 или страховому представителю 2 уровня.

21.11. Обращения граждан, поступившие по телефону контакт - центра ("Горячая линия") в территориальный фонд и зарегистрированные в Электронном журнале, по вопросам, не относящимся к типовым, ответы, на которые требуют привлечения 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.

21.12. Страховой представитель 1 уровня осуществляет работу (сканирование входящих звонков, переадресация, фиксирование в Электронном журнале) непосредственно с обращениями граждан, поступившими на телефонный номер, а также посредством информационного ресурса в соответствии со стандартами обслуживания, установленными, в том числе настоящим Регламентом.

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

21.14. В случае если обращение гражданина поступило посредством 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.

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

21.16. 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.

21.17. 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 обязательного медицинского страхования.

21.18. 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 управления здравоохранением и получать информацию, необходимую для защиты прав застрахованных лиц;

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

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

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

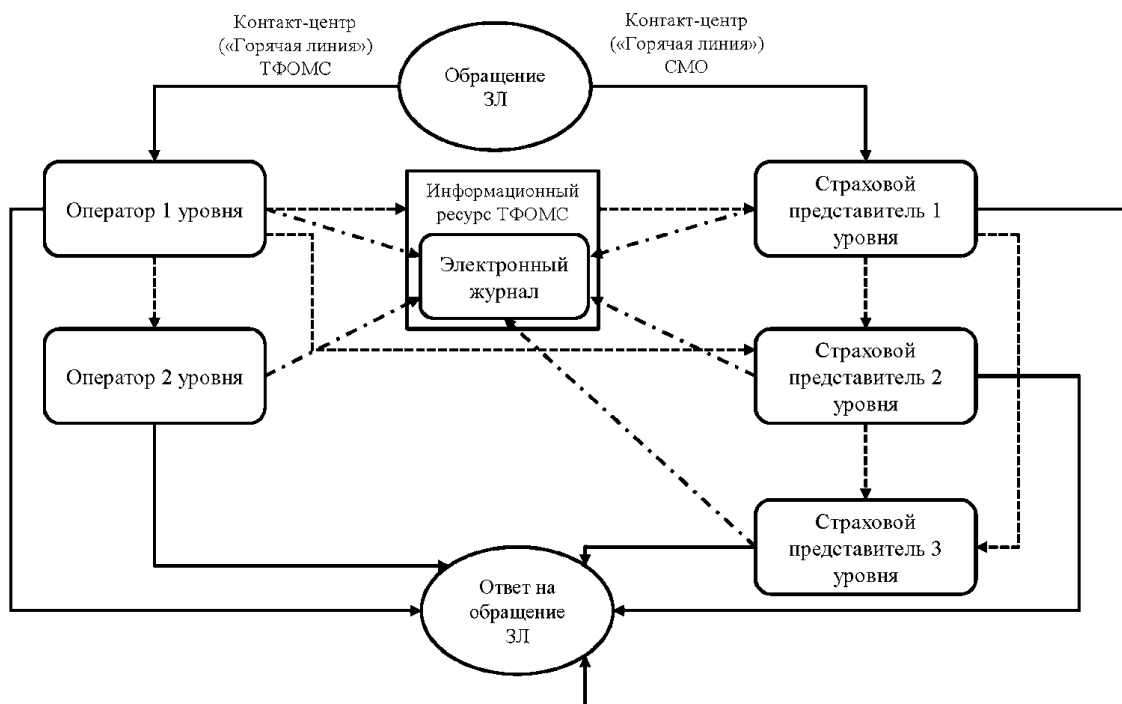
21.21. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования ежемесячно осуществляет проведение работ по обработке, анализу и систематизации поступающих обращений граждан.

21.22. Администратор контакт - центра ("Горячая линия") ежеквартально 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.

21.23 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, иным организациям рекомендаций по устранению (недопущению) случаев нарушения прав застрахованных лиц.

21.24. Порядок взаимодействия Участников при рассмотрении обращений застрахованных лиц изложен в Приложении 1 к настоящему Регламенту.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧАСТНИКОВ ПРИ РАССМОТРЕНИИ ОБРАЩЕНИЙ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ



- * —————> - поступление/ответ на обращение
 - - - - -> - переадресация обращения
 -> - регистрация обращения

VI. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

1. Общие положения

22.1. Настоящий Порядок устанавливает порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования города Байконур при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе организации и проведения профилактических мероприятий.

Настоящим Регламентом предусматривается внедрение эффективного механизма обеспечения прав застрахованных граждан на получение бесплатной, качественной и безопасной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования при проведении профилактических мероприятий.

22.2. Порядок разработан на основании и с учетом требований нормативных документов, указанных в разделе «Введение» и на основании следующих дополнительных документов:

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017г. № 869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06 декабря 2012 года № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра»;

- Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07 марта 2017 года № 11-8/10/2-1568 и №2736/30/и «О взаимодействии участников системы обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе организации и проведения профилактических мероприятий».

22.3. Участниками взаимодействия при сопровождении застрахованных лиц являются, территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур (далее – территориальный фонд), медицинская организация (далее – МО), страховая медицинская организация (далее – СМО), именуемые далее - Участники.

22.4. Информационный обмен между Участниками осуществляется на основе имеющихся информационных ресурсов.

22.5. Под профилактическими мероприятиями для целей Регламента понимается диспансеризация и профилактические и иные медицинские осмотры, оплата которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

2. Обязанности медицинских организаций при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий

22.6. МО определяют приказом лиц, ответственных за взаимодействие при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации и лиц, ответственных за проведения профилактических мероприятий (диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров).

22.7. Сведения об ответственных лицах, номерах телефонов МО предоставляют в ТФОМС города Байконур, СМО до 31 декабря года, предшествующего осуществлению взаимодействия в рамках Регламента. При внесении изменений обновленные сведения предоставляются по мере необходимости, но не позднее 2-х рабочих дней от даты изменений.

22.8. МО предоставляют в территориальный фонд в срок не позднее 31 января текущего года сведения о лицах, из числа выбравших данную МО для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий в соответствии с утвержденным отделом здравоохранения планом проведения профилактических мероприятий в МО на текущий календарный год. Формат данных, содержащих сведения о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, установлен в приложении 3 к настоящему Регламенту.

22.9. МО в течение 5 рабочих дней с момента получения от ТФОМС города Байконур протокола обработки списков застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации, вносит необходимые корректировки в сведения по прикрепленному контингенту, учитывая результаты идентификации застрахованных лиц, и направляет в СМО сведения о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий на текущий календарный год, распределенные с поквартальной/помесячной разбивкой в разрезе терапевтических участков.

22.10. При ежемесячном (поквартальном) распределении МО учитывает имеющиеся возможности 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. МО при формировании планов медицинских осмотров учитывает пол, возраст застрахованных лиц, сезонность, графики отпусков медицинского персонала и иные возможности обеспечения доступности прохождения профилактических осмотров.

22.11. МО проводит диспансеризацию только тех граждан, которые прикреплены к данной конкретной медицинской организации и включены в её список граждан, подлежащих диспансеризации.

22.12. МО ежемесячно ежеквартально не позднее 1 числа месяца отчетного месяца осуществляет актуализацию сведений о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, и предоставляет

данные в страховую медицинскую организацию.

22.13. МО организация обеспечивает доступ страховых представителей 2 уровня в медицинскую организацию для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи.

22.14. МО предоставляет СМО в целях оптимизации потока застрахованных лиц, подлежащих медицинским осмотрам:

- график работы МО при проведении медицинских осмотров;
- порядок маршрутизации застрахованных лиц при проведении медицинских осмотров;
- телефон ответственного лица медицинской организации, отвечающего за эффективное взаимодействие с СМО.

22.15. МО обеспечивает возможность записи для прохождения медицинских осмотров:

- посредством личного обращения в поликлинику (в регистратуру или посредством инфомата),
- по телефону,
- электронная запись (при наличии).

22.16. МО по результатам проведения 1 этапа профилактических мероприятий вносит в реестр счетов для страховой медицинской организации по каждому застрахованному лицу, прошедшему 1 этап профилактических мероприятий, информацию о выданных назначениях и результатах проведенных мероприятий в соответствии с установленной формой.

22.17. МО по результатам проведения 2 этапа профилактических мероприятий вносит в реестр счетов для страховой медицинской организации по каждому застрахованному лицу, прошедшему 2 этап профилактических мероприятий, информацию о выданных назначениях и результатах проведенных мероприятий в соответствии с установленной формой.

3. Обязанности СМО при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий

22.18. СМО обеспечивают сопровождение застрахованных лиц через страховых представителей трех уровней.

22.19 СМО осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц на этапе прохождения диспансеризации путем организации работы уполномоченных лиц страховой медицинской организации (далее - страховые представители) с лицами, подлежащими диспансеризации. СМО информируют застрахованных лиц о:

- медицинской организации (далее – МО), осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории города Байконур режиме работы;
- прохождении диспансеризации в соответствии с Порядком проведения

диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 26 октября 2017 г. №869н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 декабря 2017 г., регистрационный №49214);

- прохождении профилактического медицинского осмотра в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 6 декабря 2012 г. №1011н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 г., регистрационный № 26511);

22.20. Индивидуальное информирование застрахованных лиц, включенных МО в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий на первый месяц текущего года, осуществляется СМО в течение 10 - 15 рабочих дней с момента получения от МО необходимых сведений, включенных в последующие отчетные месяцы - в течение 10 - 15 рабочих дней отчетного месяца (ежемесячно). Индивидуальное информирование застрахованных лиц осуществляется посредством SMS-сообщений, электронных сообщений, телефонной или почтовой связи.

22.21. При организации сопровождения застрахованных лиц СМО проводит опросы застрахованных лиц и их законных представителей о доступности медицинской помощи в МО. СМО до 5 числа месяца, следующего за отчетным, направляет сведения об индивидуальном информировании по форме, указанной в приложении 4.

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

22.23. Страховой представитель 1 уровня осуществляет по установленной форме 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:

- не менее 0,5% от числа лиц, прошедших по данным реестров - счетов диспансеризацию;

- 0,5% от числа лиц, не прошедших диспансеризацию в отчетном месяце.

22.24. Страховой представитель 2 уровня анализирует данные опросов. Результаты опроса СМО ежемесячно, не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, доводит до руководителей МО, территориального фонда (аналитическая справка к таб.№7 приказа ФФОМС от 31.12.13 №294)

22.25. Страховой представитель 2 уровня на основании результатов профилактических мероприятий, отраженных в реестрах счетов, ежемесячно ведет учет застрахованных лиц:

- не прошедших 1 этап профилактических мероприятий;

- подлежащих и отказавшихся от прохождения 2 этапа профилактических

мероприятий;

- подлежащих взятию на диспансерное наблюдение.

22.26. Страховой представитель 2 уровня организует в последующие периоды повторное информирование застрахованных лиц о необходимости прохождения 1 этапа профилактических мероприятий, в том числе с изменением каналов информирования при необходимости, осуществляет в последующие периоды контроль полноты охвата 2 этапом профилактических мероприятий 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 2 этапа профилактических мероприятий;

- при отсутствии информации об обращении в медицинскую организацию для прохождения 2 этапа профилактических мероприятий в течение 3 месяцев после завершения 1 этапа профилактических мероприятий организует информирование застрахованных лиц о необходимости обращения в медицинскую организацию для проведения дальнейших профилактических мероприятий в рамках 2 этапа;

- осуществляет анализ работы медицинских организаций по показателю полноты охвата в 3-месячный срок 2 этапом профилактических мероприятий лиц, подлежащих прохождению 2 этапа профилактических мероприятий и не отказавшихся от него.

22.27 Страховой представитель 2 уровня ежемесячно по данным оплаченных реестров-счетов анализирует результаты профилактических мероприятий, на основании которых формирует и ведет аналитический учет застрахованных лиц:

- не прошедших профилактические мероприятия 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 и лечению.

22.28. 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.

22.29. 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 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 (Приложение 4).

22.30. СМО осуществляет в течение года публичное информирование граждан о целях, задачах и порядке проведения диспансеризации и профилактического медицинского осмотра через размещение информации в

сети "Интернет", публикации в средствах массовой информации, распространение брошюр и памяток.

22.31. СМО ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, представляет в территориальный фонд отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при прохождении профилактических мероприятий.

22.32. СМО в случае невыполнения МО обязательств по своевременному предоставлению сведений о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий и их помесечном распределении, информирует территориальный фонд о неисполнении МО данных обязательств в установленные сроки.

4. Обязанности территориального фонда при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий

22.33. Территориальный фонд в течение 5 рабочих дней с момента предоставления МО сведений, на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений, в целях:

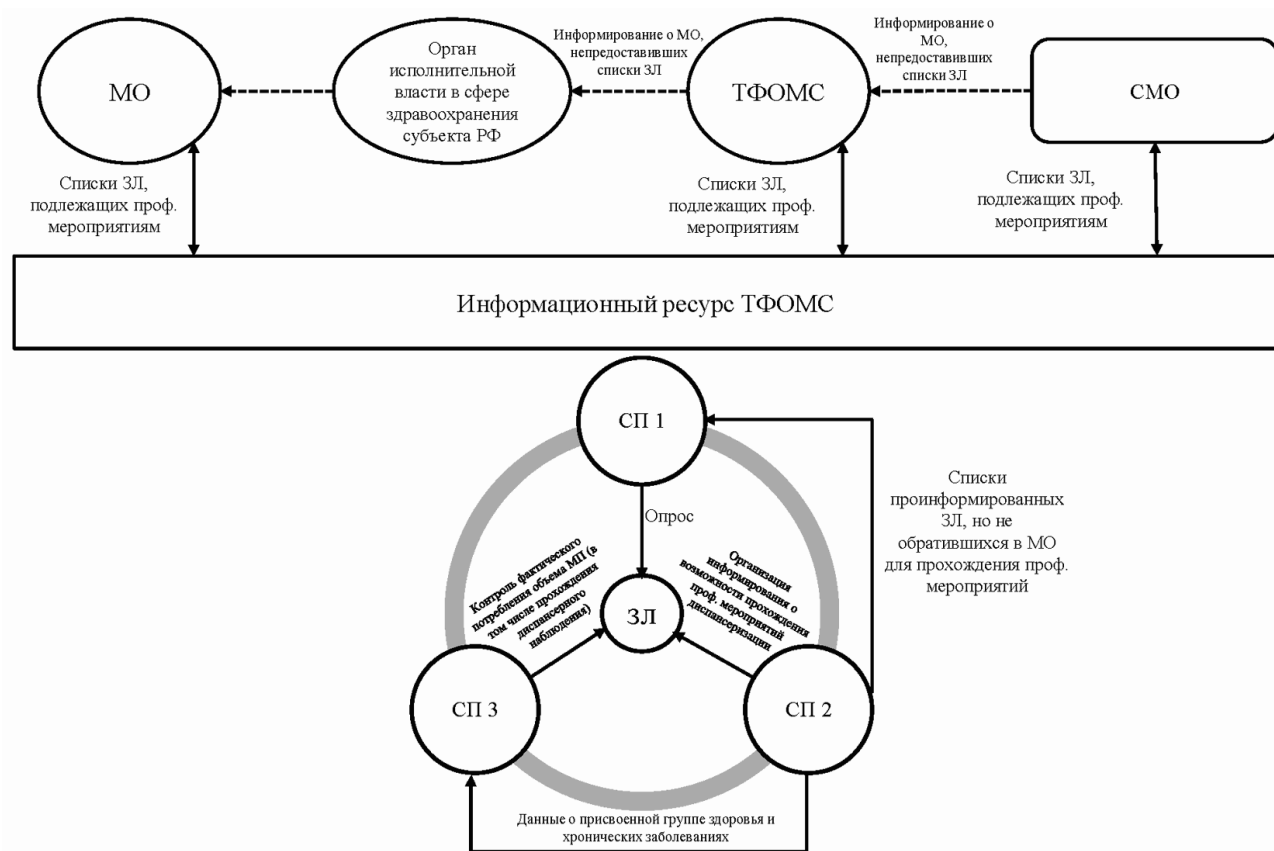
- идентификации страховой принадлежности застрахованных лиц, включенных медицинской организацией в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий;
- подтверждения прикрепления указанных застрахованных лиц к данной медицинской организации.

22.34. Территориальный фонд направляет протоколы автоматизированной обработки сведений в МО средствами информационного ресурса.

22.35. Территориальный фонд осуществляет контроль представления СМО информации об индивидуальном информировании застрахованных лиц, а также контроль (не реже 1 раза в месяц) информирования граждан страховой медицинской организацией.

22.36. Территориальный фонд проводит мониторинг мероприятий по организации привлечения (информирования) населения к прохождению профилактических мероприятий, причин отказов от них.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧАСТНИКОВ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОХОЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ



**СТРУКТУРА ФАЙЛА ОБМЕНА ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ
ВЗАИМОДЕЙСТВИИ МО, СМО и ТФОМС ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ
ПРОХОЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Информационные файлы имеют формат CSV с кодовой страницей Windows-1251.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

DNiYYYYMMDD.CSV, где

буква "D" – из латинского алфавита;

Ni - Номер источника (шестизначный реестровый номер МО);

YYYYMMDD (ГГГГММДД) – дата, на которую подготовлены данные.

Строки файла (начиная с первой строки и до конца файла) должны содержать данные о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий. Структура строк приведена в Таблице 1.

Строки файла должны отделяться друг от друга парой знаков «возврат каретки» и «перевод строки» (коды 13₁₀ и 10₁₀), следующих непосредственно друг за другом. Файл не должен начинаться со знаков «возврат каретки» и «перевод строки» или заканчиваться этими знаками. Включение в файл пустых строк (повторение пар «возврат каретки» и «перевод строки» несколько раз непосредственно друг за другом) не допускается.

Значения атрибутов должны следовать в том порядке, в котором они перечислены в Таблице 1. Значения отделяются друг от друга знаком «точка с запятой» (";" код 5910). Каждое отдельное значение должно быть взято в кавычки с обеих сторон (код 3410).

Значения, помеченные как необязательные, могут отсутствовать. Если значение отсутствует, то на его месте следует вставить очередную точку с запятой (кавычки в таком случае не требуются).

Таблица 1. Структура строки файлов, содержащих сведения о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий

№	Обяз ат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Дл ина	Требования к формату и дополнительной обработке
	Да	Код типа ДПФС	Тип_ ДПФС	= 1	3 - Бумажный полис ОМС единого образца 5- электронный полис ОМС единого образца 2 – Временное свидетельство 1 – Полис старого образца

№	Обяз ат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Дл ина	Требования к формату и дополнительной обработке
	У	Серия ДПФС	Серия_ ДПФС	≤ 35	Указывается только в тех случаях, когда присутствует в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС
	Да	Номер ДПФС	Номер_ ДПФС	≤ 16	Для полиса единого образца указывается ЕНП
	Да	Фамилия застрахованного лица	Фамилия	≤ 50	
	Да	Имя застрахованного лица	Имя	≤ 50	
	У	Отчество застрахованного лица	Отчество	≤ 50	Не указывается при отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность.
	Да	Дата рождения застрахованного лица.	Дата_ рождения	= 8	ГГГГММДД
	У	Номер телефона пациента	Номер_ телефона	≤ 16	Указывается при наличии
	Да	Идентификатор МО	ИД_МО	= 6	Реестровый номер медицинской организации в едином реестре МО.
	Да	Год диспансеризации	Год_ диспансеризации	= 4	Указывается год прохождения диспансеризации
	Да	Квартал диспансеризации	Квартал	=1	Указывается квартал прохождения диспансеризации
	Да	Дата прикрепления	Дата_ прикрепления	= 8	ГГГГММДД

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
	Да	СНИЛС медицинского работника;	СНИЛС_работника	=11	СНИЛС медработника, к которому прикреплен застрахованный, указывается без разделителей
	у	Указывается ошибка идентификации пациента	Ошибка	≤ 20	Указывается при наличии, в случае ошибки в персональных данных или отсутствия в базе застрахованных лиц.

**СТРУКТУРА ФАЙЛА ОБМЕНА ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ
ВЗАИМОДЕЙСТВИИ СМО И ТФОМС ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ
ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ
ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОХОЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫМИ
ЛИЦАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ.**

Информационные файлы имеют формат CSV с кодовой страницей Windows-1251.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

INiYYYYMMDD.CSV, где

буква "I" – из латинского алфавита;

Ni - Номер источника (реестровый номер СМО);

YYYYMMDD (ГГГГММДД) – дата, на которую подготовлены данные.

Строки файла (начиная с первой строки и до конца файла) должны содержать данные о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий. Структура строк приведена в Таблице 1.

Строки файла должны отделяться друг от друга парой знаков «возврат каретки» и «перевод строки» (коды 13₁₀ и 10₁₀), следующих непосредственно друг за другом. Файл не должен начинаться со знаков «возврат каретки» и «перевод строки» или заканчиваться этими знаками. Включение в файл пустых строк (повторение пар «возврат каретки» и «перевод строки» несколько раз непосредственно друг за другом) не допускается.

Значения атрибутов должны следовать в том порядке, в котором они перечислены в Таблице 1. Значения отделяются друг от друга знаком «точка с запятой» (";" код 5910). Каждое отдельное значение должно быть взято в кавычки с обеих сторон (код 3410).

Значения, помеченные как необязательные, могут отсутствовать. Если значение отсутствует, то на его месте следует вставить очередную точку с запятой (кавычки в таком случае не требуются).

Таблица 2. Структура строки файлов, содержащих сведения об информационном сопровождении застрахованных лиц

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
1.	Да	Код типа ДПФС	Тип_ДПФС	= 1	3 - Бумажный полис ОМС единого образца 5- электронный полис ОМС единого образца 2 – Временное свидетельство 1 – Полис старого образца

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
2.	У	Серия ДПФС	Серия_ДПФС	≤ 35	Указывается только в тех случаях, когда присутствует в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС
3.	Да	Номер ДПФС	Номер_ДПФС	≤ 16	Для полиса единого образца указывается ЕНП
4.	Да	Фамилия застрахованного лица	Фамилия	≤ 50	
5.	Да	Имя застрахованного лица	Имя	≤ 50	
6.	У	Отчество застрахованного лица	Отчество	≤ 50	Не указывается при отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность.
7.	Да	Дата рождения застрахованного лица.	Дата_рождения	= 8	ГГГГММДД
8.	У	Номер телефона пациента	Номер_телефона	≤ 16	Указывается при наличии
9.	Да	Идентификатор МО	ИД_МО	= 6	Реестровый номер медицинской организации в едином реестре МО к которой прикреплен застрахованный.
10.	Да	Год диспансеризации	Год_диспансеризации	= 4	Указывается год прохождения диспансеризации
11.	Да	Месяц диспансеризации	Месяц	= 2	Указывается месяц прохождения диспансеризации
12.	Да	Дата прикрепления	Дата_прикрепления	= 8	ГГГГММДД
13.	Да	СНИЛС медицинского	СНИЛС_работника	= 11	СНИЛС медработника, к которому прикреплен

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
		работника;			застрахованный, указывается без разделителей
14.	У	Информирование о первом этапе диспансеризации	Дата_Информирования_1этап	= 8	ГГГГММДД
15.	У	Тип информирования о первом этапе диспансеризации	Тип_информирования_1этап	=1	1 - по телефону, 2 - с помощью СМС, 3 - по сети "Интернет"(электр. почта), 4 - личное письменное уведомление, 5 - личное устное уведомление, 6 - с помощью мессенджеров.
16.	У	Результат информирования о первом этапе диспансеризации	Результат_информирования_1этап	≤ 2	
17.	У	Комментарий результата информирования о первом этапе диспансеризации	Комментарий_информирования_1этап	≤ 250	сведения о причине опроса, о причинах не прохождения диспансеризации и пр.
18.	У	Дата опроса о причинах не прохождения первого этапа диспансеризации	Дата_Опроса_1этап	= 8	ГГГГММДД
19.	У	Тип опроса о причинах не прохождения первого этапа диспансеризации	Тип_Опроса_1этап	=1	1 - по телефону, 2 - с помощью СМС, 3 - по сети "Интернет"(электр. почта), 4 - личное письменное уведомление, 5 - личное

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
					устное уведомление, б - с помощью мессенджеров.
20.	У	Результат опроса о причинах не прохождения первого этапа диспансеризации	Результат_Опроса_1этап	≤ 2	
21.	У	Комментарий опроса о причинах не прохождения первого этапа диспансеризации	Комментарий_Опроса_1этап	≤ 250	сведения о причине опроса, о причинах не прохождения диспансеризации и пр.
22.	У	Дата информирования о втором этапе диспансеризации	Дата_Информирования_2этап	= 8	ГГГГММДД
23.	У	Тип информирования о втором этапе диспансеризации	Тип_информирования_2этап	=1	1 - по телефону, 2 - с помощью СМС, 3 - по сети "Интернет"(электр. почта), 4 - личное письменное уведомление, 5 - личное устное уведомление, 6 - с помощью мессенджеров.
24.	У	Результат информирования о втором этапе диспансеризации	Результат_информирования_2этап	≤ 2	
25.	У	Комментарий результатов информирования о втором этапе диспансеризации	Комментарий_информирования_2этап	≤ 250	сведения о причине опроса, о причинах не прохождения диспансеризации и пр.

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
26.	У	Дата опроса о причинах не прохождения второго этапа	Дата_Опроса_2этап	= 8	ГГГГММДД
27.	У	Тип опроса о причинах не прохождения второго этапа диспансеризации	Тип_Опроса_2этап	=1	1 - по телефону, 2 - с помощью СМС, 3 - по сети "Интернет"(электр. почта), 4 - личное письменное уведомление, 5 - личное устное уведомление, 6 - с помощью мессенджеров.
28.	У	Результат опроса о причинах не прохождения второго этапа диспансеризации	Результат_Опроса_2этап	≤ 2	
29.	У	Комментарий опроса о причинах не прохождения второго этапа диспансеризации	Комментарий_Опроса_2этап	≤ 250	сведения о причине опроса, о причинах не прохождения диспансеризации и пр.
30.	У	Дата информирования о прохождении профилактического осмотра	Дата_информирования_осмотра	= 8	ГГГГММДД
31.	У	Тип информирования о прохождении профилактического осмотра	Тип_информирования_осмотра	=1	1 - по телефону, 2 - с помощью СМС, 3 - по сети "Интернет"(электр. почта), 4 - личное письменное уведомление, 5 - личное устное уведомление, 6 - с помощью мессенджеров.
32.	У	Результат прохождения	Результат_информирования_осмотра	≤ 2	В соответствии со справочником

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
		профилактического осмотра	тра		
33.	У	Комментарий результатов информирования о прохождении профилактического осмотра	Комментарий_информирования_осмотра	≤ 250	сведения о причине опроса, о причинах не прохождения диспансеризации и пр.
34.	У	Дата опроса о доступности, удовлетворенности прохождения профилактических мероприятий	Дата_опроса_доступности	= 8	ГГГГММДД
35.	У	Тип опроса о доступности, удовлетворенности прохождения профилактических мероприятий	Тип_опроса_доступности	=1	1 - по телефону, 2 - с помощью СМС, 3 - по сети "Интернет"(электр. почта), 4 - личное письменное уведомление, 5 - личное устное уведомление, 6 - с помощью мессенджеров.
36.	У	Результат опроса о доступности, удовлетворенности прохождения профилактических мероприятий	Результат_опроса_доступности	≤ 2	
37.	У	Комментарий результатов опроса о доступности, удовлетворенности прохождения профилактических мероприятий	Комментарий_опроса_доступности	≤ 250	сведения о причине опроса, о причинах не прохождения диспансеризации и пр.
38.	У	Дата окончания диспансеризации 1 этапа	Дата_Окончания_1эт	=8	ГГГГММДД
39.	У	Результат	Результат_Дисп_	≤ 2	В соответствии со

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
		диспансеризации и 1 этапа	1эт		справочником V017
40.	У	Дата окончания диспансеризации и 2 этапа	Дата_Окончания_2эт	=8	ГГГГММДД
41.	У	Результат диспансеризации и 2 этапа	Результат_Дисп_2эт	≤ 2	В соответствии со справочником V017
42.	У	Комментарий	Комментарий	≤ 250	

VII. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА БАЙКОНУР

1. Общие положения

Настоящим Порядком устанавливается взаимодействие Участников обязательного медицинского страхования по информационному сопровождению застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке.

24.1. Участниками взаимодействия при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке являются: ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России (далее – МО), территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур (далее – территориальный фонд), Байконурский филиал ООО ВТБ МС (далее – СМО).

24.2. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях (далее – МО-поликлиника), медицинские организации, оказывающие первичную специализированную медицинскую помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (далее – МО-стационар).

24.3. В настоящем Порядке взаимодействия используются дополнительные следующие термины, определения и сокращения:

Уполномоченное должностное лицо МО-поликлиники – работник МО-поликлиники, назначенный приказом руководителя медицинской организации ответственным за передачу сведений о направлениях, выданных застрахованным лицам для получения специализированной медицинской помощи в плановом порядке, на информационный ресурс территориального фонда;

24.4. Уполномоченное должностное лицо МО-стационара – работник МО-стационара, назначенный приказом руководителя медицинской организации ответственным за передачу сведений о состоявшихся и несостоявшихся госпитализациях, на информационный ресурс территориального фонда.

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

24.6. 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

обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 28.02.2011 №158н.

24.7. 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.

24.8. Фонд предоставляет разграниченный доступ к информационному ресурсу уполномоченным должностным лицам МО-поликлиники, МО-стационара и страховым представителям 2 и 3 уровней.

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

24.9. Учет сведений о направлениях осуществляется в автоматизированном ежедневном режиме в срок до 9-00 местного времени путем предоставления соответствующих сведений в единый информационный ресурс.

24.10. Уполномоченное должностное лицо МО-поликлиники передает сведения о выписанных направлениях на оказание специализированной помощи 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.

24.11. Номер направления на оказание специализированной помощи должен быть уникальным в пределах территории города Байконур.

24.12. При выдаче направления на плановую госпитализацию лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о МО, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 02.02.2015, регистрационный N 35821)

24.13. На основании информации, полученной от лечащего врача, застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор МО, в которую направляется для оказания специализированной медицинской помощи.

24.14. Оформление направления на оказание специализированной помощи осуществляется уполномоченным должностным лицом МО с учетом сведений, содержащихся в информационном ресурсе о количестве свободных мест для

плановой госпитализации в выбранной застрахованным лицом МО на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом даты освобождения места.

24.15. В случае отказа застрахованного лица от плановой госпитализации МО-поликлиника, направляет соответствующие сведения в единый информационный ресурс. Перечень передаваемых сведений представлен в **Таблице 3**.

24.16. МО-поликлиника, 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**.

24.17. МО-поликлиника, получает сведения о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям (**Таблица 2**), а также об аннулировании направлений, выданных данной медицинской организацией (**Таблица 3**).

24.18. МО-стационар, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляет автоматизированный учет застрахованных лиц, поступивших на госпитализацию по направлениям, а также отказавшихся от госпитализации явочным порядком.

24.19. МО-стационар, 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**.

24.20. МО-стационар, ежедневно не позднее 9-00 местного времени направляет в единый информационный ресурс сведения о фактах госпитализации по направлениям (**Таблица 2**), об отказах от госпитализации (**Таблица 3**), а также о выбывших пациентах (**Таблица 4**).

24.21. Также 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**.

24.21. 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**.

24.23 Уполномоченное должностное лицо МО-поликлиники, получает сведения о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям (**Таблица 2**), а также об аннулировании направлений, выданных данной медицинской организацией (**Таблица 3**).

24.24. Уполномоченное должностное лицо МО-стационара ежедневно не позднее 09:00 осуществляет обновление сведений на информационном ресурсе за истекшие сутки о:

- Выполнении объемов медицинской помощи, установленных Решением комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории города Байконур, в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи;

- Количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе взрослых и детских коек, профилей (отделений) медицинской помощи

на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места. Перечень передаваемых сведений представлен в **Таблице 5**;

- Застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям в плановом порядке (**Таблице 2**), в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

- Застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

- Застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний (**Таблица 3**);

О выбывших пациентах (**Таблица 4**).

24.25. СМО ежедневно по состоянию на 9:00 часов ведет учет за истекшие сутки по каждой МО-стационару следующей информации о:

- Количество свободных мест для плановой госпитализации в разрезе взрослых и детских коек, профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 дней с указанием планируемой даты освобождения места;

- Застрахованных лицах, получивших направление на госпитализацию в выбранную МО-стационар, в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации;

- Застрахованных лицах, госпитализированных в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи и МО-поликлиник, выдавших направление на плановую госпитализацию;

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

24.26. Страховой представитель 2 уровня при обращении застрахованного лица оказывает консультативную помощь по вопросам:

- получения специализированной медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования в том числе о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи;

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

24.27. Страховой представитель 2 уровня на основании сведений, содержащихся на информационном ресурсе территориального фонда 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.

24.28. Страховой представитель 3 уровня на основании сведений, полученных от страхового представителя 2 уровня, осуществляет взаимодействие с уполномоченным должностным лицом МО-стационара для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер,

направленных на их устранение.

24.29. Страховой представитель 2 уровня на основании сведений, содержащихся на информационном ресурсе территориального фонда, анализирует информацию о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, уточняет у застрахованного лица причины несостоявшейся госпитализации, при необходимости направляет информацию в МО-поликлинику, выдавшую направление, для изменения даты госпитализации и информирует об этом застрахованное лицо.

24.30. 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 тематических экспертиз в МО-поликлиниках.

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

- участвует в оперативном разрешении спорных ситуаций, возникающих в момент госпитализации, путем взаимодействия с уполномоченными должностными лицами МО-стационара;

- организует экспертизу оказания медицинской помощи при получении специализированной медицинской помощи, для контроля доступности медицинской помощи, условий ее оказания и соблюдения прав пациента.

СМО ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, и до 1 марта года, следующего за отчетным, представляет отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в территориальный фонд по форме, устанавливаемой Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33 Федерального закона.

24.32. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основании детализированных сведений о выданных направлениях на госпитализацию, поступивших от МО-поликлиник, определяет доступ к обрабатываемым сведениям для Участников информационного взаимодействия. При этом предоставляемые сведения для СМО определяются списочным составом застрахованных лиц по текущему состоянию регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц на момент предоставления доступа.

24.33. Территориальный фонд размещает на информационном ресурсе сведения о плановых объемах медицинской помощи в разрезе профилей и СМО в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

24.34. Территориальный фонд организует и обеспечивает функционирование информационного ресурса, а также предоставление доступа к нему Участникам информационного взаимодействия.

24.35. Территориальный фонд анализирует сведения, представленные в отчете об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, представленные СМО, и ежемесячно до 25 числа месяца, следующего за отчетным, и до 10 марта года, следующего за

отчетным, направляет вышеуказанный отчет в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

24.36. СМО в случае невыполнения МО-поликлиникой и/или МО-стационаром обязательств по размещению информации, информирует территориальный фонд о МО, не размещающих информацию в информационном ресурсе.

24.37. Территориальный фонд обрабатывает информацию, полученную от СМО, и направляет ее руководителям вышестоящих медицинских организаций.

3. Ответственность

Работники МО-поликлиники, МО-стационара, СМО, территориального фонда, работники, назначенные уполномоченными должностными лицами, имеющие право доступа и внесения информации в информационный ресурс территориального фонда, несут ответственность за:

- неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей, связанных с работой информационного ресурса территориального фонда, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- соблюдение конфиденциальности информации ограниченного доступа, ставшей известной при исполнении обязанностей, связанных с работой информационного ресурса территориального фонда.

4. Состав информации, вносимой в информационный ресурс.

Таблица 1. Состав сведений о направлении на госпитализацию

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	Уникален в пределах территории города Байконур
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. N 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 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	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	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. N 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: взрослые	
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	