

«Утверждаю»

Директор ТФОМС
города Байконур



Воскобойник Н.В.

2020 год

«Согласовано»

Начальник ФГБУЗ

ЦМСЧ №1 ФМБА России



Чепрасов Д.А.

2020 год

«Согласовано»

Директор Байконурского филиала

АО «Страховая компания

«СОГАЗ-Мед»



Избаева Ж.Н.

2020 год

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

(вступает в действие с 01 октября 2020 года)

Байконур 2020 г.

Содержание

I. ВВЕДЕНИЕ	3
II. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
III. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	6
IV. 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	9
1. Порядок ведения электронного журнала территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями.	9
2. Порядок взаимодействия Участников при оказании застрахованным лицам услуг справочно - консультационного характера в сфере обязательного медицинского страхования города Байконур	9
Приложение 1	12
V. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ	13
1. Общие положения	13
2. Обязанности медицинских организаций при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий.....	13
3. Обязанности СМО при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий	15
4. Обязанности территориального фонда при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий.....	17
Приложение 2	18
Приложение 3	19
Приложение 4	21
VI. 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	28

5. Порядок взаимодействия участников при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке.	28
6. Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями.	38
7. Ответственность	39

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" (в действующей редакции) (далее – Федеральный закон №323-ФЗ);

Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (в действующей редакции) (далее – Федеральный закон №326-ФЗ);

Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" (далее – Федеральный закон №59-ФЗ);

Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" (далее – Федеральный закон №152-ФЗ);

Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н "Об утверждении правил обязательного медицинского страхования" (далее – Правила ОМС);

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" (в действующей редакции) (далее – приказ ФФОМС №79);

- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 года №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – приказ МЗ РФ №124н);

- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 года №173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – приказ МЗ РФ №173н);

- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (далее – приказ МЗ и СР РФ №406н);

- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года №1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором живет гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (далее – приказ МЗ РФ №1342н);

- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 декабря 2014 года №796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи» (далее – приказ МЗ и СР РФ №796н);

- письма Федерального фонда обязательного медицинского страхования №6696/30-2/5564 от 25.06.2018 года «О направлении методических рекомендаций»;

- письма Министерства здравоохранения российской Федерации №17-0/10/2-5062 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №9609/30/и от 01.08.2018 года «О взаимодействии участников системы обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе диспансерного наблюдения»;

- письма Федерального фонда обязательного медицинского страхования №10868/30/и от 30.08.2018 года «О направлении методических рекомендации по организации и проведению контроля, объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания»;

- 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 при сопровождении застрахованных лиц являются территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур (далее – ТФОМС г. Байконур), страховая медицинская организация Байконурский филиал АО «СК Согаз-Мед» (далее – СМО) и медицинская организация ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России (далее – МО), осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории города Байконур (далее - Участники).

2. Информация о функционировании, в том числе о режиме работы Контакт - центров ("Горячая линия") территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организации размещается на официальных сайтах, а также на информационных стендах территориального фонда в структурных подразделениях медицинской организации.

3. Информационный обмен между Участниками осуществляется на основе организованного ТФОМС г. Байконур информационного ресурса, работающего в круглосуточном режиме. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и связан с информационными системами ТФОМС г. Байконур.

4. Состав и формат данных, используемых для обмена между участниками при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, предусмотрены приказом ФФОМС №79.

5. СМО 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, путем организации работы с застрахованными лицами о:

1) медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;

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

3) порядке получения полиса;

4) видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ;

5) 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;

6) прохождении диспансерного наблюдения застрахованными лицами, включенными в группы диспансерного наблюдения при наличии оснований согласно порядкам и срокам проведения диспансерного наблюдения, в том числе онкологическими больными;

7) перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании принятых от медицинских организаций реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);

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

МО безвозмездно предоставляет СМО 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 СМО.

6. Регистрация и учет поступивших обращений граждан, результатов их рассмотрения осуществляется ТФОМС г. Байконур и СМО в Электронном журнале обращений граждан, требования и порядок ведения которого регламентированы приказом ФФОМС №79 (далее-Электронный журнал).

7. Работа с обращениями граждан, зарегистрированными в Электронном журнале, осуществляется в соответствии: с Федеральными законом № 59-ФЗ; Федеральным законом №152-ФЗ; Федеральным законом № 326-ФЗ; №323-ФЗ.

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

III. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

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

3. Электронный журнал – совокупность записей в базе данных информационной системы.

4. Регистрационно-контрольная карта – это совокупность записей без данных информационной системы, содержащих поля для ввода информации в соответствии с поступившим устным (письменным) обращением.

5. 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" ТФОМС и СМО 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.

6. Администратор Контакт - центра ("Горячая линия") - специалист ТФОМС г. Байконур, 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 СМО.

7. 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).

8. Оператор 2 уровня - специалист ТФОМС г. Байконур, 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 СМО.

9. Страховой представитель - уполномоченное лицо СМО, 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 МО, в СМО.

10. Страховой представитель 1 уровня - специалист Контакт - центра ("Горячей линии") СМО, прошедший подготовку на базе СМО, 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.

11. Страховой представитель 2 уровня - специалист СМО, прошедший специальную подготовку на базе высшего учебного заведения по утвержденной программе с получением подтверждающего документа, деятельность которого направлена на работу с обращениями граждан, обеспечение:

1. организации информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий;

2. формирования списков лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, диспансеризации и лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;

3. организации индивидуального информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерной явки;

4. мониторинга и анализа результатов профилактических мероприятий, в том числе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;

5. подготовки предложений для МО по организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;

6. проведение социологических опросов (анкетирования) населения о качестве и доступности медицинской помощи в МО, анализ данных опросов;

7. доведение результатов социологических опросов (анкетирования) СМО до сведения руководителей МО, ТФОМС, исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Деятельность страхового представителя 2 уровня осуществляется в СМО, в МО (в соответствии с графиком работы), страховом представительстве, организованном на территории МО.

Под профилактическими мероприятиями для целей настоящего Регламента понимается проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы за счет средств ОМС.

12. Страховой представитель 3 уровня - специалист - эксперт СМО 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, в том числе:

1. обеспечение индивидуального информирования и сопровождения застрахованных лиц по результатам профилактических осмотров и диспансеризации, а также лиц, находящимся под диспансерным наблюдением;

2. информационная работа с застрахованными лицами о необходимости своевременного обращения в МО в целях предотвращения ухудшения состояний здоровья и формирования приверженности к лечению.

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.

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.

IV. 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.

1.1. Участники реализации Регламента ведут Электронный журнал, расположенный на защищенном информационном ресурсе ТФОМС г. Байконур.

1.2. Ведение Электронного журнала предусматривает возможность 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.

1.3. Круг ответственных лиц, имеющих право доступа и внесения информации в Электронный журнал, определяется руководством ТФОМС г. Байконур, СМО.

1.4. В Электронном журнале подлежат регистрации обращения граждан, поступающие в ТФОМС и СМО в письменной форме (по почте, телеграфу, факсимильной связи, информационным системам общего пользования) или устной форме (на личном приеме, по телефону контакт - центра ("Горячей линии")).

1.5. На каждое обращение создается индивидуальная регистрационно - контрольная карта (РКК).

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

1.7. 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

2.1 Обращения граждан поступают на телефонный номер 8 (33622) 5 62 29 Контакт - центра ("Горячая линия") ТФОМС г. Байконур. Обращения граждан поступают также в СМО, работающих в режиме 24/7 (круглосуточно) с

обязательной аудиозаписью входящих и исходящих звонков по телефонному номеру 8 800 100 07 02:

режиме работы оператора:

с 9-00 до 18-00 в понедельник – четверг;

с 9-00 до 17-00 в пятницу;

с 9-00 до 16.30 по предпраздничным дням;

в режиме электронного секретаря – в остальное время с 18-00 до 9-00 по рабочим дням, в выходные и праздничные дни в режиме 24/7 (круглосуточно).

2.2. При обращении гражданина в Контакт - центр ("Горячая линия") ТФОМС оператор 1 уровня регистрирует обращение в Электронном журнале в установленном порядке и самостоятельно отвечает на вопросы, носящие справочный характер (типовые вопросы).

2.3. Обращения граждан, поступившие по телефону Контакт - центра ("Горячая линия") в ТФОМС и зарегистрированные в Электронном журнале, по вопросам, не относящимся к типовым, 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.

2.4. 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.

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

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

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. В случае если гражданин обращается в Контакт - центр ("Горячая линия") СМО или ТФОМС 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 СМО, ТФОМС.

2.10. 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 МО и получать от них необходимую информацию для урегулирования и оперативного разрешения спорных ситуаций;

б) обращаться в ТФОМС и органы управления здравоохранением и получать информацию, необходимую для защиты прав застрахованных лиц;

в) обращаться в ТФОМС, к руководителю МО в случае непредставления уполномоченными должностными лицами МО информации и непринятия ими мер, необходимых для разрешений спорных ситуаций.

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

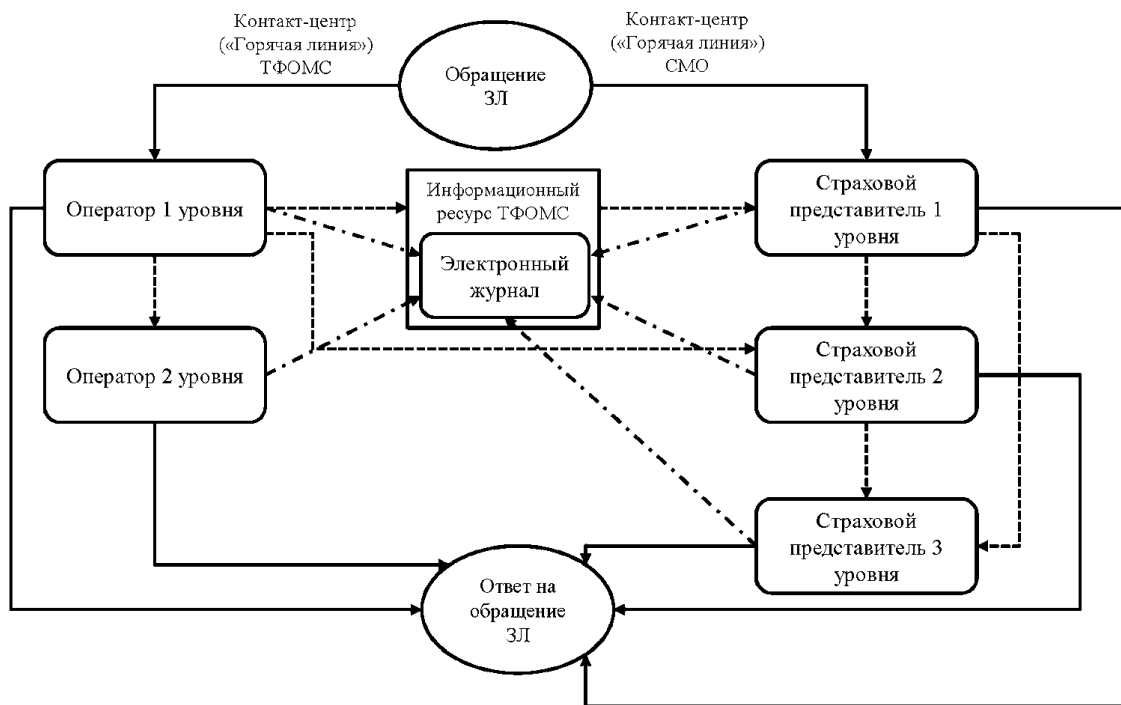
2.12. Администратор Контакт - центра ("Горячая линия") осуществляет контроль за работой с обращениями граждан, поступившими по телефонам в ТФОМС, а также напрямую в СМО через Электронный журнал посредством информационного ресурса.

2.13. ТФОМС ежемесячно осуществляет проведение работ по обработке, анализу и систематизации поступающих обращений граждан.

2.14. 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.

2.15. 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

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

1. Общие положения

1.1. 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.

1.2. Участниками взаимодействия при сопровождении застрахованных лиц являются ТФОМС г. Байконур, МО, СМО, именуемые далее - Участники.

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

1.4. Под профилактическими мероприятиями для целей Регламента понимается профилактический медицинский осмотр, диспансеризация определенных групп взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше) и диспансерное наблюдение, оплата которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.5. Порядок взаимодействия Участников при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий изложен в Приложении 2 к настоящему Регламенту.

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

2.1. МО определяет приказом лиц, ответственных за взаимодействие при организации информирования застрахованных лиц о возможности прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения.

2.2. Формат данных, описывающих информационное взаимодействие при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий, устанавливается приказом ФФОМС №79.

2.3. МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, средствами информационного ресурса представляет в ТФОМС г. Байконур 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 и диспансерного наблюдения в текущем календарном году в соответствии с планом проведения диспансеризации, с ежемесячной/поквартальной разбивкой в разрезе терапевтических участков;

2) планы-графики проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации и диспансерного наблюдения на текущий календарный год с ежемесячной/поквартальной разбивкой в разрезе терапевтических 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; сроки (календарный месяц) проведения диспансерного приема (осмотра, консультации), запланированные МО, осуществляющей диспансерное наблюдение.

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.

5) сведения об ответственных лицах МО, отвечающих за эффективное взаимодействие с СМО; список контактных телефонов МО, по которым можно получить справочную информацию о проведении профилактических мероприятий, предоставляют в ТФОМС города Байконур, СМО до 31 декабря года. В случае изменений, обновленные сведения предоставляются по мере необходимости, но не позднее 2-х рабочих дней от даты изменений.

2.4. МО в течение 5 рабочих дней с момента получения от ТФОМС г. Байконур протокола обработки списков застрахованных лиц, 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 профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения на текущий календарный год, распределенные с ежемесячной/поквартальной разбивкой в разрезе терапевтических участков.

2.5. 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.

2.6 МО проводит профилактический осмотр, диспансеризацию и диспансерное наблюдение только тех граждан, которые прикреплены к данной

конкретной медицинской организации и включены в её список граждан, подлежащих диспансеризации.

2.7. МО средствами информационного ресурса ежемесячно до 5 числа следующего месяца осуществляет актуализацию на информационном ресурсе сведений о лицах, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения (Приложение 3).

2.8. МО, 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:

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

2) начавших прохождение диспансеризации;

3) завершивших первый этап диспансеризации;

4) направленных на второй этап диспансеризации;

5) завершивших второй этап диспансеризации;

6) обратившихся для прохождения диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения);

2.9. МО обеспечивает доступ страховых представителей в соответствие п. 231 Правил ОМС для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи.

Медицинская организация безвозмездно предоставляет СМО 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.

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

3.1. 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.

3.2 СМО до 1 числа следующего месяца 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** (Приложение 4).

3.3. СМО 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.

3.4. СМО 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.

3.5. СМО осуществляет:

учет застрахованных лиц, впервые взятых под диспансерное наблюдение по результатам диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения, проведенных в текущем календарном году, или подлежащих взятию под диспансерное наблюдение, в том числе после получения специализированной (высокотехнологичной) медицинской помощи в стационарных условиях по данным оплаченных реестров – счетов МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;

контроль своевременности актуализации, МО сведений о лицах, дополнительно подлежащих включению в списки для вызова на диспансерный осмотр, на основании направленной информации;

информирование ТФОМС г. Байконур о неисполнении МО обязательств в части актуализации сведений о лицах, дополнительно подлежащих включению в списки для вызова на диспансерный осмотр;

контрольно-экспертные мероприятия по случаям определения III группы состояния здоровья после прохождения диспансеризации и отсутствия данных об определении гражданина под диспансерное наблюдение;

мониторинг полученных от МО, данных о проведении гражданам профилактических мероприятий, в том числе граждан, состоящих под диспансерным наблюдением, в целях организации повторного информирования;

повторное информирование (напоминание) о необходимости прохождения диспансерного наблюдения – при отсутствии информации об обращении в МО для прохождения диспансерного наблюдения в течение 1 месяца после установленной даты проведения диспансерного приема;

размещение сведений в информационный ресурс о необходимости прохождения диспансерного наблюдения не позднее трех рабочих дней после повторного информирования (напоминания).

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

4.1. ТФОМС г. Байконур в течение 5 рабочих дней с момента предоставления МО сведений, на основании РС ЕРЗЛ, осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений, в целях:

- идентификации страховой принадлежности застрахованных лиц, включенных медицинской организацией в списки для проведения профилактических мероприятий;

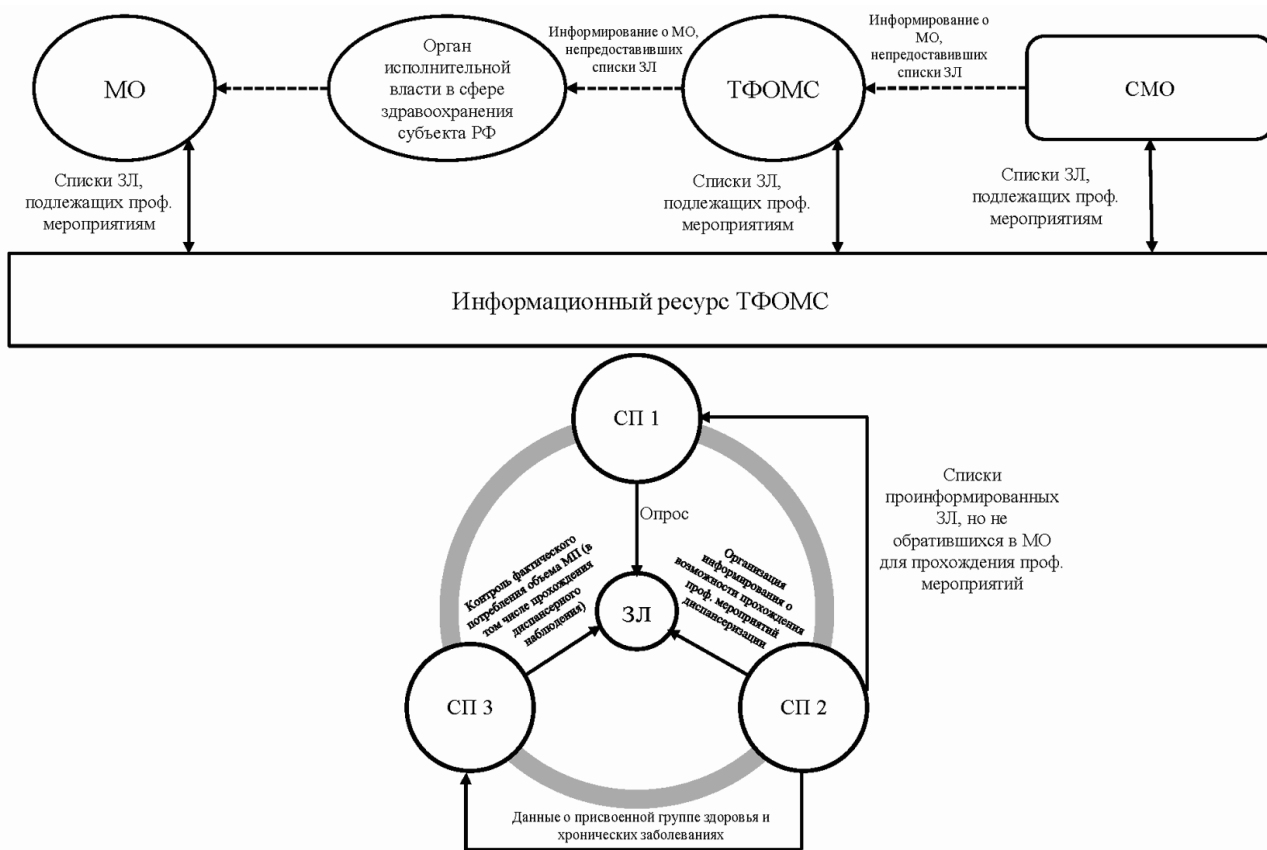
- проверки соответствия прикрепления застрахованных лиц, включенных в списки, к данной медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи

Протоколы автоматизированной обработки полученных от МО сведений направляются в МО средствами единого информационного ресурса.

4.2. ТФОМС г. Байконур осуществляет контроль представления СМО информации об индивидуальном информировании застрахованных лиц, а также контроль (не реже 1 раза в месяц) информирования граждан СМО.

4.3. ТФОМС г. Байконур 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

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
					1 – Полис старого образца
	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

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
	Да	Дата прикрепления	Дата_прикрепления	= 8	ГГГГММДД
	Да	СНИЛС медицинского работника;	СНИЛС_работника	=11	СНИЛС медработника, к которому прикреплен застрахованный, указывается без разделителей
	У	Указывается ошибка идентификации и пациента	Ошибка	≤ 20	Указывается при наличии, в случае ошибки в персональных данных или отсутствия в базе застрахованных лиц.

Приложение 4

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
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.

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
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 работника;	СНИЛС_работника	=11	СНИЛС медработника, к которому прикреплен 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	Результат_информирования_1этап	≤ 2	

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
		о первом этапе диспансеризации			
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 устное уведомление, 6 - 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	Дата_Информирования_2этап	= 8	ГГГГММДД

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
		о втором этапе диспансеризации			
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.
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	Результат_Опроса_2этап	≤ 2	

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
		диспансеризации			
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 о прохождении профилактического осмотра	Результат_информирования_осмотра	≤ 2	В соответствии со справочником
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,	Тип_опроса_доступности	=1	1 - по телефону, 2 - с помощью СМС, 3 - по

№	Обязат.	Назначение атрибута	Имя столбца в файле выгрузки	Длина	Требования к формату и дополнительной обработке
		удовлетворенности прохождения профилактических мероприятий			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 и 1 этапа	Дата_Окончания_1эт	=8	ГГГГММДД
39.	У	Результат диспансеризации и 1этапа	Результат_Дисп_1эт	≤ 2	В соответствии со 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	

VI. 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

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

5.1 СМО при обращении застрахованных лиц оказывает консультативную помощь по вопросам:

получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, в рамках базовой и территориальной программ ОМС, в том числе о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи;

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

5.2. 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.

5.3. 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 на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом даты освобождения места.

5.4. Информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании специализированной медицинской помощи осуществляется посредством информационного ресурса, организованного ТФОМС г. Байконур, доступ к которому получают ответственные лица СМО и МО.

5.5. 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 ОМС.

5.6. ТФОМС г. Байконур обеспечивает внесение в информационный ресурс информации об установленных Комиссией объемах предоставления

медицинской помощи для МО и СМО не позднее двух рабочих дней с даты принятия Комиссией решений о распределении (перераспределении) указанных объемов и в разрезе отделений и профилей коек.

В случаях принятия Комиссией решений по корректировке объемов медицинской помощи, установленных для МО или СМО, актуализация сведений в информационном ресурсе осуществляется территориальным фондом не позднее двух рабочих дней с даты принятия Комиссией решений.

5.7. МО, 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.

5.8. 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.

5.9. Медицинская организация, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, включенную в базовую программу, после получения сведений, содержащих рекомендации медицинских работников федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь (далее в целях настоящих Правил - 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.

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

5.11. Страховой представитель в течение двух рабочих дней после размещения МО на информационном ресурсе ТФОМС г. Байконур 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.

5.12. Экспертиза качества медицинской помощи по случаям оказания застрахованным лицам медицинской помощи с применением рекомендаций, полученных в ходе телемедицинских консультаций/консилиумов, проводится СМО. Информацию о результатах проведенных контрольно-экспертных мероприятий СМО отражают на информационном ресурсе.

5.13. Сведения о выписанных направлениях на оказание специализированной помощи передаются медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в электронном виде в единый информационный ресурс ежедневно не позднее 09:00 местного времени по состоянию на 20:00 предшествующего дня.

5.14. Номер направления на оказание специализированной помощи должен быть уникальным.

5.15. В случае отказа застрахованного лица от плановой госпитализации МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, направляет соответствующие сведения в единый информационный ресурс.

5.16. ТФОМС г. Байконур на основании детализированных сведений о выданных направлениях на госпитализацию, поступивших от МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, определяет доступ к обрабатываемым сведениям для участников информационного взаимодействия. При этом представляемые сведения для СМО определяются списочным составом застрахованных лиц по текущему состоянию РС ЕРЗЛ в момент предоставления доступа.

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

5.18. МО, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, ежедневно не позднее 09:00 местного времени передает информацию о количестве свободных мест для госпитализации с учетом периода ожидания.

5.19. МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 10:00 местного времени получает информацию о наличии свободных мест и объемов для госпитализации с учетом периода ожидания.

5.20. МО, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, ежедневно не позднее 09:00 местного времени направляет в единый информационный ресурс сведения о фактах госпитализации по направлениям, об отказах от госпитализации, а также о выбывших пациентах.

5.21. МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, получает сведения о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям, а также об аннулировании направлений, выданных МО.

5.22. СМО 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.

5.23. СМО на основании информации о выявленных нарушениях, в том числе непрофильных госпитализациях осуществляет взаимодействие с МО для уточнения причин выявленных нарушений, принятия оперативных мер, направленных на их устранение.

5.24. СМО 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 МО, выдавшую направление на плановую госпитализацию, для изменения даты госпитализации застрахованного лица и информирует об этом застрахованное лицо.

5.25. СМО информацию о случаях несостоявшейся госпитализации по причине отсутствия медицинских показаний систематизирует и учитывает при необходимости проведения тематических экспертиз в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

5.26. СМО при наличии обращений застрахованных лиц:

участвует в оперативном разрешении спорных ситуации, возникающих в момент госпитализации, путем взаимодействия с уполномоченными должностными лицами МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

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.

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 – экстренная 2 – неотложная 3 – плановая
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 или временного свидетельства, обязателен в случаях отсутствия ЕНП.
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 в соответствии с МКБ -10	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики
Да	Профиль койки	Является обязательным для стационарной медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре.
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 – экстренная 2 – неотложная 3 – плановая
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	N 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. N 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. не предоставление 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 - экстренная 2 - неотложная 3 - плановая
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	N карты стационарного больного	
Да	Диагноз	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики
Да	Исход	В соответствии с классификатором НСИ V012.

 <*> 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 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	

6. Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями.

6.1. СМО обеспечивает контроль за соблюдением прав застрахованных лиц, в том числе с онкологическими заболеваниями, на оказание медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий.

6.2. СМО на информационном ресурсе ТФОМС г. Байконур формирует индивидуальную историю страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием на основе 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 продолжающегося лечения.

6.3. Индивидуальная история страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием должна содержать следующую информацию:

- 1) единый номер полиса застрахованного лица;
- 2) номера и даты счетов на оплату медицинской помощи;
- 3) коды медицинских организаций, оказавших медицинскую помощь;
- 4) о посещениях/обращениях в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства/прикрепления;
- 5) о законченных случаях лечения в условиях стационара и дневного стационара;
- 6) даты начала и окончания оказания медицинской помощи;

- 7) о диагнозах основном и сопутствующим по МКБ-10;
- 8) результаты обращения за медицинской помощью;
- 9) сведения о диспансерном наблюдении.

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

6.5. При реализации застрахованным лицом выбора (замены) СМО в связи с изменением места жительства, полноту формирования полной индивидуальной истории страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием обеспечивают территориальные фонды.

6.6. На основании информации, содержащейся в индивидуальной истории страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием СМО организует и осуществляет контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания в соответствии с требованиями Методических рекомендаций ФФОМС по организации и проведению контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания.

7. Ответственность

7.1. Ответственность Участников установлена федеральным законодательством:

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";

Приказ Минздравсоцразвития России от 9 сентября 2011 года №1030н «об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования».

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

Неправомерный отказ в приеме или рассмотрении обращений граждан, нарушение сроков рассмотрения обращений, неправомерное увеличение сроков рассмотрения обращений;

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

Не предоставление информации и принятие мер, необходимых для разрешения спорных ситуаций;

Нарушение порядка информационного сопровождения застрахованных лиц на любом этапе оказания им медицинской помощи.