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

I. Введение

1. Настоящие Методические рекомендации (далее – Рекомендации) разработаны в целях реализации положений:
   Федерального закона от 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;
   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»,
   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

2. 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).

3. 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 № 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 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
7. Порядок взаимодействия Участников при рассмотрении обращений застрахованных лиц изложен в Приложении 1 к настоящим Рекомендациям.

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 50% от числа лиц, не прошедших диспансеризацию в отчетном квартале 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 № 869н (Зарегистрировано в Минюсте России 12.12.2017 № 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 мероприятии 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 мероприятии 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.

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) 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. Порядок ведения Электронного журнала территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями.

19. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации ведут Электронный журнал, расположенный на защищенном ресурсе территориального фонда обязательного медицинского страхования.
20. Порядок ведения Электронного журнала должен предусматривать автоматический учет и регистрацию технологических операций по введению данных с автоматическим присвоением порядкового номера каждому обращению граждан, а также формированием электронных записей, соответствующих форме Электронного

журнала, и формированием требуемых отчетных форм.

21. Круг ответственных лиц, имеющих право доступа и внесения информации в Электронный журнал, определяется руководством территориального фонда обязательного медицинского страхования, страховой медицинской организации.
22. В Электронном журнале подлежат регистрации обращения граждан, поступающие в территориальный фонд обязательного медицинского страхования 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»)).
23. На каждое обращение создается индивидуальная регистрационно-контрольная карта.
24. При регистрации обращения, ответственный работник заполняет все поля электронной карточки, проверяет соответствие введенных данных информации, изложенной в обращении.
25. Информация, внесенная в поля, должна излагаться лаконичным и точным языком, позволяющим сделать однозначные выводы о проведенных мероприятиях.

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

26. 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.
27. При обращении гражданина в контакт-центр («Горячая линия») территориального фонда обязательного медицинского страхования оператор 1 уровня регистрирует обращение в Электронном журнале в установленном порядке и самостоятельно отвечает на вопросы, носящие справочный характер (типовые вопросы).
28. 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.

29. Обращения граждан, поступившие по телефону контакт-центра («Горячая линия») в территориальный фонд обязательного медицинского страхования 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.
30. 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 настоящими Рекомендациями.
31. Страховой представитель 1 уровня ведет учет устных обращений в Электронном журнале в установленном порядке.
32. В случае если обращение гражданина поступило посредством информационного ресурса из территориального фонда обязательного медицинского страхования, страховой представитель 1 уровня в установленном порядке осуществляет маршрутизацию к страховому представителю 2 или 3 уровней, или другому сотруднику страховой медицинской организации по компетенции.
33. 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.
34. 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.
35. В случае если гражданин обращается в контакт-центр («Горячая линия») страховой медицинской организации или территориального фонда обязательного медицинского страхования 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.

36. 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 обязательного медицинского страхования 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.

37. Операторы и страховые представители всех уровней на каждом этапе работы с обращениями граждан заполняют соответствующие поля Электронного журнала.
38. 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.
39. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования ежемесячно осуществляет проведение работ по обработке, анализу и систематизации поступающих обращений граждан.
40. 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.
41. Аналитические материалы доводятся Администратором контакт-центра («Горячая линия») до организации участвующей в работе с обращениями застрахованных лиц, поступившими по телефону, в

целях подготовки и направления медицинским организациям, органам исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъекта Российской Федерации, иным организациям рекомендаций по устранению (недопущению) случаев нарушения прав застрахованных лиц.

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

42. Медицинские организации средствами информационного ресурса предоставляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования в срок не позднее 31 января текущего года сведения о лицах, из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий в соответствии с планом проведения профилактических мероприятий в медицинской организации на текущий календарный год. Формат данных, содержащих сведения о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, устанавливается приказом 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».
43. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 5 рабочих дней с момента предоставления медицинской организацией сведений, на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений, в целях:
    а. идентификации страховой принадлежности застрахованных лиц, включенных медицинской организацией в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий;
    б. подтверждения прикрепления указанных застрахованных лиц к данной медицинской организации.

    Протоколы автоматизированной обработки полученных от медицинских организаций сведений направляются в медицинские организации средствами информационного ресурса.
44. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с момента получения протокола средствами информационного ресурса вносит

необходимые корректировки в сведения по прикрепленному контингенту и направляет в страховые медицинские организации с учетом результатов идентификации сведения о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий на текущий календарный год, распределенные поквартально (помесячно) с учетом имеющихся возможностей для самостоятельного выполнения работ (услуг), необходимых для проведения профилактических мероприятий в полном объеме, или привлечения для выполнения некоторых видов работ (услуг) иных медицинских организаций на основании заключенного договора, а также о лицах, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем календарном году, с поквартальной/помесячной их разбивкой в разрезе медицинских работников медицинской организации, осуществляющих диспансерное наблюдение в соответствии с регламентом взаимодействия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на этапе диспансерного наблюдения (Регламент).

45. Страховая медицинская организация в случае невыполнения медицинской организацией обязательств по своевременному предоставлению сведений о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий и их поквартальном распределении, информирует территориальный фонд обязательного медицинского страхования о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки.
46. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации для принятия решений.
47. Медицинская организация средствами информационного ресурса ежеквартально не позднее 1 числа месяца отчетного квартала (ежемесячно) осуществляет актуализацию сведений о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, и предоставляет данные в страховую медицинскую организацию.

48. Медицинская организация обеспечивает доступ страховых представителей 2 уровня в медицинскую организацию для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи.
49. Медицинская организация предоставляет страховой медицинской организации в целях оптимизации потока застрахованных лиц, подлежащих медицинским осмотрам:
    а. график работы медицинской организации при проведении медицинских осмотров;
    б. порядок маршрутизации застрахованных лиц при проведении медицинских осмотров;
    в. телефон ответственного лица медицинской организации, отвечающего за эффективное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями.
50. Страховой представитель 2 уровня 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.
51. Индивидуальное информирование застрахованных лиц, включенных медицинскими организациями в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий на первый квартал (месяц) текущего года, осуществляется страховой медицинской организацией в течение 10-15 рабочих дней с момента получения от медицинских организаций необходимых сведений, включенных в последующие отчетные кварталы (месяцы) – в течение 10-15 рабочих дней первого месяца отчетного квартала (ежемесячно).
52. Страховой представитель 2 уровня ежеквартально (ежемесячно) по итогам квартала (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.
53. Страховой представитель 1 уровня осуществляет телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических

мероприятий, выяснения причин отказов от них.

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

54. Страховой представитель 2 уровня анализирует данные опросов, результаты опроса страховая медицинская организация доводит до руководителей медицинских организаций, территориальных фондов, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации.
55. Территориальный фонд обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации для принятия необходимых решений (изменения графика работы медицинских организаций, формирования мобильных медицинских бригад, проведения разъяснительной работы с руководителями организаций и предприятий о необходимости беспрепятственного предоставления работникам возможности прохождения профилактических мероприятий и др.).
56. Медицинская организация по результатам проведения 1 этапа профилактических мероприятий вносит в реестр счетов информацию о законченном случае оказания медицинской помощи по каждому застрахованному лицу.
57. 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.
58. 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, контроль полноты охвата 2 этапом профилактических мероприятии застрахованных лиц и своевременности его проведения, в том числе:
    а. контролирует по реестрам счетов, предъявленных к оплате,

факты обращений застрахованных лиц в медицинские организации для прохождения 2 этапа профилактических мероприятий;

б. 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;

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

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

а. не прошедших профилактические мероприятия в установленный срок;

б. 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.

60. 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.

61. Страховые представители 3 уровня контролируют фактическое потребление застрахованными лицами объемов медицинской помощи в медицинских организациях, анализируют своевременность диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам 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).

62. Медицинская организация 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.

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

63. Страховой представитель 2 уровня при обращении застрахованных лиц оказывает консультативную помощь по вопросам:
    а. получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования, в том числе о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи
    б. права выбора медицинской организации по направлению лечащего врача при получении специализированной помощи в плановом порядке.
64. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 02.02.2015, регистрационный № 35821) при выдаче направления на плановую госпитализацию лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой.
65. На основании информации, полученной от лечащего врача, застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи.
66. Оформление направления на оказание специализированной помощи осуществляется уполномоченным должностным лицом медицинской организации с учетом сведений, содержащихся в информационном ресурсе о количестве свободных мест для плановой госпитализации в выбранной застрахованным лицом медицинской организации на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом даты освобождения места.

67. 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.
68. 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.

    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.

69. Состав информации, вносимой в информационный ресурс.

Таблица 1. Состав сведений о направлении на госпитализацию

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

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

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

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

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

Таблица 3. Состав сведений об аннулировании направления на госпитализацию

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	
Да	Дата направления	
Да	Источник аннулирования	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. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

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

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

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

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

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

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

70. Автоматизированный учет сведений о направлениях осуществляется в ежедневном режиме в срок до 9-00 местного времени путем предоставления соответствующих сведений в единый информационный ресурс.
71. 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 9-00 местного времени по состоянию на 20-00 часов предшествующего дня. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 1.

72. Номер направления на оказание специализированной помощи должен быть уникальным в пределах субъекта Российской Федерации.
73. 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.
74. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основании детализированных сведений о выданных направлениях на госпитализацию, поступивших от медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, определяет доступ к обрабатываемым сведениям для участников информационного взаимодействия. При этом предоставляемые сведения для страховых медицинских организаций определяются списочным составом застрахованных лиц по текущему состоянию регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц на момент предоставления доступа.
75. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляет автоматизированный учет застрахованных лиц, поступивших на госпитализацию по направлениям, а также отказавшихся от госпитализации явочным порядком.
76. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, ежедневно не позднее 9-00 местного времени передает информацию о количестве свободных мест для госпитализации с учетом периода ожидания. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 5.
77. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 10-00 получает информацию о наличии свободных мест и объемов для госпитализации с учетом периода ожидания. Перечень получаемых сведений представлен в Таблице 5.
78. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, ежедневно не позднее 9-00 местного времени направляет в единый информационный ресурс сведения о

фактах госпитализации по направлениям (Таблица 2), об отказах от госпитализации (Таблица 3), а также о выбывших пациентах (Таблица 4).

79. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, получает сведения о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям (Таблица 2), а также об аннулировании направлений, выданных данной медицинской организацией (Таблица 3).
80. Страховой представитель 2 уровня на основании сведений, внесенных в информационный ресурс о застрахованных лицах, направленных на госпитализацию, по факту госпитализации осуществляет мониторинг очередности и доступности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, своевременности и профильности плановой госпитализации. Информация о выявленных нарушениях, в том числе непрофильных госпитализациях, передается страховому представителю 3 уровня.
81. Страховой представитель 3 уровня на основании сведений, полученных от страхового представителя 2 уровня, осуществляет взаимодействие с медицинской организацией для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение.
82. Страховой представитель 2 уровня на основании сведений, внесенных в информационный ресурс, анализирует информацию о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, уточняет у застрахованного лица причины несостоявшейся госпитализации, при необходимости направляет информацию в медицинскую организацию, выдавшую направление на плановую госпитализацию, для изменения даты госпитализации застрахованного лица и информирует об этом застрахованное лицо.
83. 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 медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.
84. Страховой представитель 3 уровня при наличии обращений застрахованных лиц:

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

б. 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.

VIII. Ответственность Участников.

85. Ответственность Участников установлена федеральным законодательством:

Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;

Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

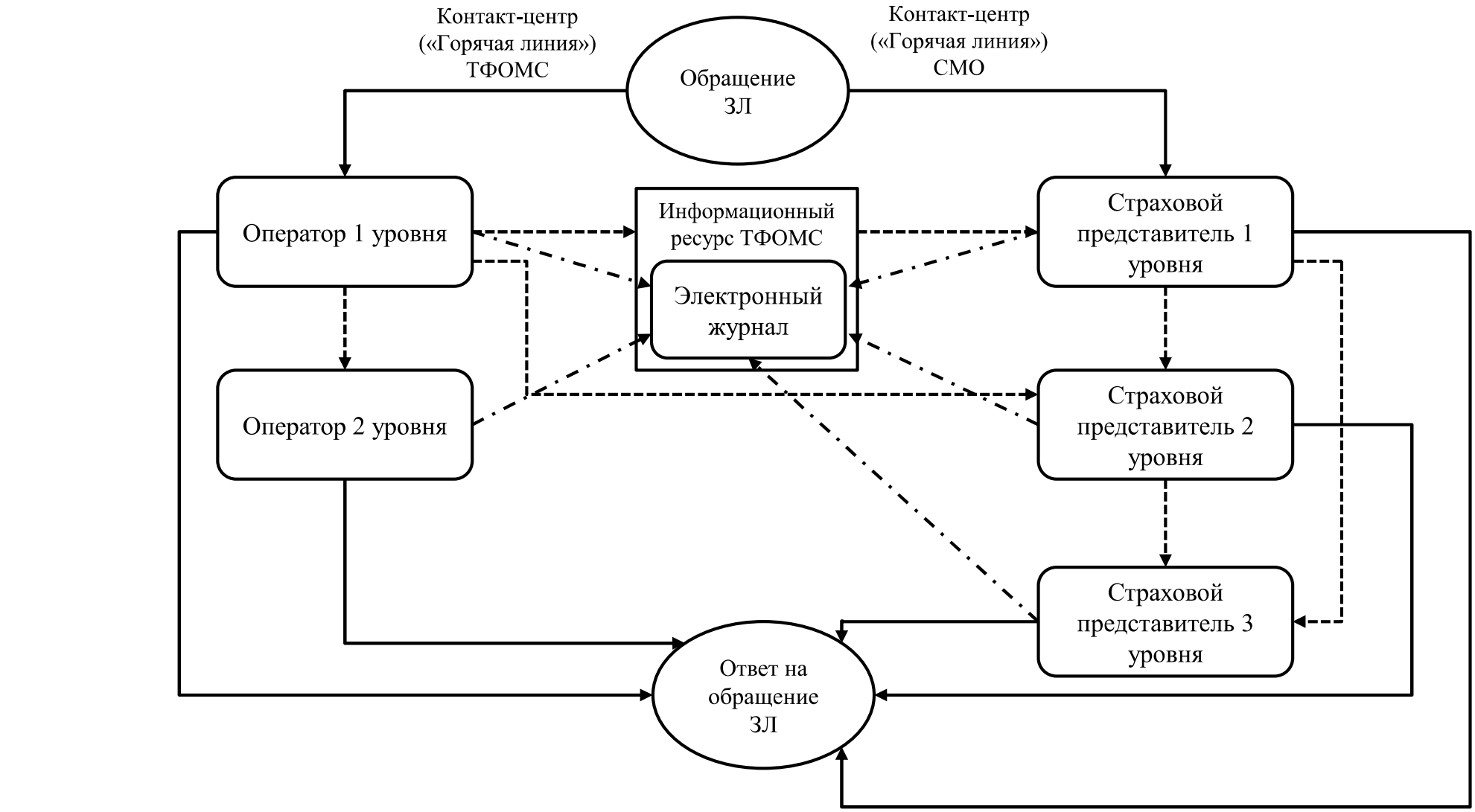
а. неправомерный отказ в приеме или рассмотрении обращений граждан, нарушение сроков рассмотрения обращений, неправомерное увеличение сроков рассмотрения обращений;

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

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

Приложение 1

Взаимодействие Участников при рассмотрении обращений застрахованных лиц



* - поступление/ответ на обращение

- переадресация обращения

- регистрация обращения

Приложение 2

Взаимодействие Участников при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий

