

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от «23» 01 2019 г. № 42

г. Кострома

О внесении изменений в приказ
ТФОМС Костромской области
от 22.10.2018 № 975

В целях приведения нормативных актов ТФОМС Костромской области в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ ТФОМС Костромской области от 22 октября 2018 года № 975 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» следующее изменение, изложив Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи на территории Костромской области (приложение) в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу:

1) приказ ТФОМС Костромской области от 28 февраля 2014 года № 97 «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования»;

2) приказ ТФОМС Костромской области от 14 февраля 2014 года № 68 «О порядке информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования»;

3) приказ ТФОМС Костромской области от 29 апреля 2014 года № 233 «О внесении изменений в приказы ТФОМС Костромской области от 14.02.2014 № 68 и от 28.02.2014 № 97»;

4) приказ ТФОМС Костромской области от 29 мая 2017 года № 509 «О внесении изменений в приказ от 14 февраля 2014 г. № 68»;

5) приказ ТФОМС Костромской области от 05 апреля 2016 года № 220 «О создании Контакт-центра ТФОМС Костромской области»;

6) приказ ТФОМС Костромской области от 09 февраля 2018 № 94 «О внесении изменений в приказ ТФОМС Костромской области от 05.04.2016 № 220»;

7) приказ ТФОМС Костромской области от 26 октября 2017 г. № 944 «О порядке контроля за заполнением МО сведениями в программном обеспечении и его работоспособностью».

3. Настоящий приказ вступает в силу с даты подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01 ноября 2018 года.

4. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



В.Е. Николаев

Заместитель:
 Фирма Т.С.И.С. от 9.06.16 г. ~ 411 упрощен
 смену, с упрощенного порядка в упрощен
 от 15.09.2016 г. ~ 642 внести изменения докумен-
 тов его регистрации упрощенным способом в 100
 и упрощенный вид документов
 21.09.2019 г.

Первый заместитель директора
 «__» _____ 2019 г.

А.Н. Чичерин

Заместитель директора
 «21» 09 2019 г.

В.С. Троицкая

С заместителем
 Начальник отдела информационно-
 аналитического обеспечения

«21» 09 2019 г.

И.В. Суясов

Начальник юридического отдела
 «__» _____ 2019 г.

А.С. Тимошкин

Приложение к приказу
ТФОМС Костромской области
от «23» января 2019 г. № 42

Регламент

взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при
информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания
им медицинской помощи на территории Костромской области

1. Введение

Настоящий Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи на территории Костромской области (далее – Регламент) разработан 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

1. Участниками информационного взаимодействия являются ТФОМС Костромской области (далее – Фонд), страховые медицинские организации и

медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Костромской области (далее – Участники).

2. Информация о функционировании, в том числе о режиме работы контакт - центров («Горячая линия») Фонда и страховых медицинских организаций размещается на их официальных сайтах, а также на информационных стендах медицинских организаций.

3. Информационный обмен между Участниками осуществляется на основе организованного Фондом информационного ресурса, работающего в круглосуточном режиме и связанного с информационными системами персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

4. Регистрация и учет поступивших обращений граждан, результатов их рассмотрения осуществляется Фондом 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).

5. 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».

III. Термины и определения

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

7. Индивидуальное информирование – персонализированное информационное сопровождение конкретного застрахованного лица.

8. Информационный ресурс - интегрированный с информационными системами ТФОМС Костромской области по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, программный комплекс, состоящий из трех модулей:

- Автоматизированная система информационного сопровождения застрахованных лиц ТФОМС Костромской области» - Учет госпитализации;
- Программное обеспечение для работы автоматизированной информационной системы планирования и учета профилактических мероприятий информационного сопровождения застрахованных – РДС клиент;
- Единый электронный журнал обращений граждан - Корпоративная система электронного документооборота DIRECTUM.

9. РМИС – региональная медицинская информационная система Костромской области.

10. Электронный журнал – совокупность записей в базе данных информационной системы, реализуемой посредством клиентских модулей «Обращения граждан и организаций» на основе программного комплекса «Корпоративная система электронного документооборота DIRECTUM».

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

Для реализации работы «Горячей линии» Фонд и страховые медицинские организации выделяют линию с прямым городским и (или) федеральным телефонным номером.

12. Администратор контакт-центра – работник Фонда, осуществляющий контроль и анализ работы с поступившими обращениями граждан, разрабатывающий предложения и мероприятия, направленные на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи, эффективной работы страховых медицинских организаций.

Администратором контакт-центра по должности является первый заместитель директора Фонда.

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).

Оператором 1 уровня в Фонде по должности являются консультанты и начальник отдела организации обязательного медицинского страхования, а также консультанты и директора филиалов Фонда.

Ежемесячно, до 1-го числа следующего месяца, начальником отдела организации ОМС составляется график дежурств операторов 1 уровня по работе Горячей линии на следующий месяц, который утверждается Администратором контакт-центра.

14. Оператор 2 уровня – специалист Фонда, 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.

Оператором 2 уровня в Фонде по должности являются специалисты, заместитель начальника и начальник юридического отдела Фонда.

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.

Страховой представитель должен быть включен в реестр страховых представителей на территории Костромской области, который ведет Фонд, в порядке, определяемом приказом ТФОМС Костромской области от 15.09.2016 № 642 «Об утверждении порядка ведения реестра страховых представителей».

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 профилактические мероприятия, не менее 50% от числа лиц, не прошедших профилактические мероприятия в отчетном квартале по каждой медицинской организации, но включенных в списки для прохождения профилактических мероприятий.

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 согласно приказу ТФОМС Костромской области от 14.03.2018 № 213 «О работе страховых представителей», осуществляется в страховом представительстве, организованном на территории медицинской организации в форме «пост» и/или «визит» в соответствии с утвержденным Графиком работы страховых представителей в медицинской организации на соответствующий квартал.

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

Все сведения о профилактических мероприятиях (списки, отчеты и т.п.), представляемые в рамках настоящего Регламента, представляются и учитываются отдельно по диспансеризации, профилактическому осмотру и диспансерному наблюдению.

Страховой представитель 2 уровня:

а) информирует застрахованных лиц о:

- медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Костромской области, 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);

- прохождении профилактического медицинского осмотра в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 06.12.2012 г. № 1011н;

- 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, Фонда, департамента здравоохранения Костромской области;

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

- не прошедших 1 этап профилактических мероприятий;

- подлежащих и отказавшихся от прохождения профилактических мероприятий; 2 этапа

- подлежащих взятию на диспансерное наблюдение;

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

- контролирует по реестрам счетов, предъявленных к оплате, факты обращений застрахованных лиц в медицинские организации для прохождения 2 этапа профилактических мероприятий;

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

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

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

- не прошедших профилактические мероприятия в установленный срок;

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

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

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

18. Страховой представитель 3 уровня - специалист-эксперт страховой медицинской организации или эксперт качества медицинской помощи, прошедший на базе высшего учебного заведения специальную подготовку по соответствующей программе с получением подтверждающего документа, деятельность которого направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение 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 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 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 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 на всех этапах оказания медицинской помощи.

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

19. Фонд и страховые медицинские организации ведут Электронный журнал, расположенный на защищенном ресурсе Фонда.

20. Технические требования к Электронному журналу устанавливаются Фондом и включают 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 страховой медицинской организации, осуществляющих рассмотрение обращений и имеющих право доступа и внесения информации в Электронный журнал, определяется распорядительным документом страховой медицинской организации.

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

23. На каждое обращение (устное, письменное) создается индивидуальная регистрационно-контрольная карта (далее – РКК).

24. При регистрации обращения ответственный работник заполняет все поля электронной карточки, проверяет соответствие введенных данных информации, изложенной в обращении, а также вносит все данные по результатам рассмотрения обращения.

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

25. Регистрация устных обращений граждан, поступивших по телефону Горячей линии, заполнение всех необходимых полей в РКК, маршрутизация рассмотрения, осуществляется операторами 1 уровня в порядке, установленном Разделом V настоящего Регламента.

26. Регистрация письменных обращений или обращений в электронной форме, а также обращений, поступивших в ТФОМС Костромской области на личном приеме, внесение данных в РКК по результатам рассмотрения обращения, контроль за своевременностью рассмотрения, а также направление ответа заявителю или другому органу по компетенции осуществляется общим отделом Фонда.

27. Рассмотрение обращений, поступивших в Фонд, производится в порядке, установленном Положением о порядке рассмотрения обращений граждан в территориальном фонде обязательного медицинского страхования Костромской области.

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

администратор Контакт-центра имеет доступ ко всем обращениям, находящимся на рассмотрении в Фонде и страховых медицинских организациях;

страховые медицинские организации имеют доступ к обращениям, находящимся на рассмотрении в данной страховой организации.

Фонд имеет доступ к обращениям, находящимся на рассмотрении в территориальном фонде.

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

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

Единый номер телефона «горячей линии» Фонда – 8-800-234-46-86.

Время работы телефонного номера «Горячей линии»:

- с 8.30 до 17.30 в рабочие дни в режиме оператора;

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

Время и режим работы «Горячей линии» страховой медицинской организации определяется распорядительным документом страховой медицинской организации, исходя из режима рабочего времени, установленного правилами внутреннего трудового распорядка.

Информация о функционировании и режиме работы Контакт-центра размещается на официальных сайтах Участников, а также на информационных стендах медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования на территории Костромской области.

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

31. 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.

32. Обращения граждан, поступившие по телефону контакт-центра («Горячая линия») в Фонд 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 для дальнейшей работы с обращением.

33. 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 с установленными стандартами обслуживания.

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

35. В случае если обращение гражданина поступило посредством информационного ресурса из Фонда, страховой представитель 1 уровня в установленном порядке осуществляет маршрутизацию к страховому представителю 2 уровня, который, при необходимости, переадресовывает обращение страховому представителю 3 уровня.

36. 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.

37. 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.

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

39. 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 Фонд, департамент здравоохранения Костромской области, иные органы и организации в целях получения информации, необходимой для защиты прав застрахованных лиц;

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

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

41. В случае поступления обращения на телефон горячей линии в нерабочее время, оператор контакт-центра в течение следующего рабочего дня осуществляет обратную связь с обратившимися гражданами в целях рассмотрения обращения с последующим заполнением Электронного журнала.

42. Администратор контакт-центра осуществляет контроль за работой с обращениями граждан, поступившими по телефонам в Фонд и страховую медицинскую организацию, а также напрямую в страховую медицинскую

организацию через Электронный журнал посредством информационного ресурса.

43. Фондом ежемесячно готовятся аналитические материалы о работе с обращениями граждан, в том числе по результатам контроля работы операторов 1 и 2 уровней, страховых представителей всех уровней, результатов экспертных мероприятий по обращениям граждан за отчетный период. Порядок, сроки и форма подготовки аналитических материалов определяются приказом Фонда.

44. Аналитические материалы в целях принятия управленческих решений доводятся Фондом до департамента здравоохранения Костромской области, Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Костромской области, рассматриваются на Координационном совете по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

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

45. Информационное взаимодействие при прохождении профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения реализуется посредством информационного ресурса на основе программного обеспечения «Программное обеспечение для работы автоматизированной информационной системы планирования и учета профилактических мероприятий» путем функционирования программного модуля РДС в медицинских организациях Костромской области и программного обеспечения ТФОМС Костромской области «Автоматизированная информационная система планирования и учета профилактических мероприятий».

46. Медицинские организации посредством РМИС предоставляют по защищенной сети VipNet в Фонд в срок не позднее 20 декабря 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».

47. Отдел информационно-аналитического обеспечения Фонда в течение 5 рабочих дней с момента предоставления медицинской организацией сведений, на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, средствами программного модуля РДС 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 сформированные средствами программного модуля РДС направляются в медицинские организации по защищенной сети VipNet.

48. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с момента получения протокола загружает протокол автоматизированной обработки в РМИС и средствами РМИС 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 ежемесячно 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 департамента здравоохранения Костромской области, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, ТФОМС Костромской области и страховых медицинских организаций при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на этапе диспансерного наблюдения.

49. Медицинская организация средствами РМИС ежемесячно, не позднее 1 числа месяца отчетного периода, осуществляет актуализацию сведений о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, и предоставляет данные в страховую медицинскую организацию в порядке, установленном пунктами 46 - 48 настоящего Регламента.

50. 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 Фонд о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства.

51. Информационно-аналитический отдел Фонда обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в течение первых 5 рабочих дней в департамент здравоохранения Костромской области для принятия решений.

52. Медицинская организация обеспечивает доступ страховых представителей 2 уровня в медицинскую организацию для осуществления

информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи.

53. Медицинская организация посредством программного модуля РДС предоставляет страховой медицинской организации в целях оптимизации потока застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации, профилактическим осмотрам и диспансерному наблюдению:

а) график работы медицинской организации при проведении профилактических мероприятий, в том числе с использованием мобильных выездных бригад;

б) порядок маршрутизации застрахованных лиц при проведении профилактических мероприятий;

в) телефон ответственного лица медицинской организации, отвечающего за эффективное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями.

54. 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 месяце в медицинской организации, к которой они прикреплены.

55. 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). Информация о информировании застрахованных лиц страховой медицинской организацией вносится в программный модуль РДС.

56. Страховой представитель 2 уровня ежемесячно по итогам месяца обеспечивает учет 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.

57. 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 50% от числа лиц, не прошедших диспансеризацию в отчетном квартале по каждой медицинской организации.

58. Страховые медицинские организации ежемесячно, до 20 числа месяца, следующего за отчетным, вместе с представлением отчета «Об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи» направляют в ТФОМС Костромской области

информацию о результатах телефонного опроса, проводимого страховыми представителями 1 уровня в месяце, предшествующем отчетному, с указанием количества опрошенных, детализацией причин отказа от прохождения профилактических мероприятий и предложений по оптимизации работы медицинских организаций по организации проведения профилактических мероприятий.

59. Страховой представитель 2 уровня анализирует данные опросов, результаты опроса страховая медицинская организация доводит до руководителей медицинских организаций и Фонда. Информация о результатах опроса застрахованных лиц страховой медицинской организацией вносится в программный модуль РДС.

60. Управление организации обязательного медицинского страхования Фонда в течение 10 дней обрабатывает информацию о результатах телефонного опроса застрахованных, полученную от страховых медицинских организаций и направляет ее в департамент здравоохранения Костромской области 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.).

61. Медицинская организация по результатам проведения 1 этапа профилактических мероприятий формирует реестр счетов по каждому случаю (застрахованному лицу).

62. 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.

63. 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 мероприятий 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 мероприятия лиц, подлежащих прохождению 2 этапа профилактических мероприятий и не отказавшихся от него.

64. 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.

65. 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.

66. 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 о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению.

67. Медицинская организация по результатам проведения 2 этапа профилактических мероприятий формирует 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.

67.1. Управление организации ОМС Фонда осуществляет постоянный контроль за исполнением Участниками информационного взаимодействия при прохождении застрахованными профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения.

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

68. Информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании специализированной помощи осуществляется посредством информационного ресурса, организованного Фондом («Автоматизированная система информационного сопровождения застрахованных лиц ТФОМС Костромской области (далее – ПО Учет госпитализации)»), доступ к которому получают

страховые представители 2 и 3 уровней страховых медицинских организаций и уполномоченные должностные лица медицинских организаций.

69. Информационный ресурс Фонда («Автоматизированная система информационного сопровождения застрахованных лиц ТФОМС Костромской области (учет госпитализации)») взаимодействует с программным обеспечением - модуль РМИС «Формирование направления на госпитализацию».

70. Участники взаимодействия получают сведения 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.

71. Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется не реже одного раза в сутки, а при наличии возможностей – в режиме реального времени.

72. Состав информации, вносимой в информационный ресурс, определяется Таблицами 1-5, прилагаемыми к настоящему Регламенту.

73. 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.

75. 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» 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.

76. 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.

77. Оформление направления на оказание специализированной медицинской помощи осуществляется уполномоченным должностным лицом медицинской организации в модуле РМИС «Формирование направления на госпитализацию» с учетом сведений 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.

78. Автоматизированный учет сведений о направлениях осуществляется в ежедневном режиме в срок до 9-00 местного времени путем предоставления соответствующих сведений в РМИС.

79. Сведения о выписанных направлениях на оказание специализированной помощи передаются медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в электронном виде в РМИС ежедневно не позднее 9-00 местного времени по состоянию на 20-00 часов предшествующего дня.

Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 1.

80. Номер направления на оказание специализированной помощи должен быть уникальным в пределах Костромской области.

81. В случае отказа застрахованного лица от плановой госпитализации медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, направляет соответствующие сведения в РМИС.

Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 3.

82. Автоматизированная система информационного сопровождения застрахованных лиц ТФОМС Костромской области» (Учет госпитализации) получает сведения, предусмотренные п.77 – 81 Регламента из модуля РМИС «Формирование направления на госпитализацию». Отдел информационно-аналитического обеспечения Фонда на основании детализированных сведений о выданных направлениях на госпитализацию, поступивших из РМИС, определяет доступ к обрабатываемым в информационном ресурсе Фонда 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.

83. 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.

84. 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.

85. 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.

86. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, ежедневно не позднее 9-00 местного времени

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

87. 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).

88. 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.

89. 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.

90. 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.

91. 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.

92. 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.

93. Фонд осуществляет контроль за исполнением страховыми представителями функций, установленных настоящим Регламентом, при проведении соответствующих проверок.

94. Фонд, в порядке установленном настоящим Регламентом, осуществляет информационное сопровождение при оказании специализированной помощи в плановом порядке в отношении лиц, застрахованных за пределами Костромской области.

94.1. Управление организации обязательного медицинского страхования ТФОМС Костромской области осуществляет контроль за заполнением специалистами медицинских организаций Костромской области и специалистами СМО Костромской области сведений в программе для обеспечения работы автоматизированной системы информационного сопровождения застрахованных лиц (ПО Госпитализация) и за актуальностью данных сведений:

а) в случае выявления нарушений в заполнении медицинскими организациями сведений в программном обеспечении Госпитализация либо отсутствии сведений о фактах госпитализации по направлениям, об отказах от госпитализации, а также о выбывших пациентах, еженедельно направляет информацию о выявленных нарушениях в департамент здравоохранения Костромской области;

б) в случае выявления фактов несоблюдения очередности и доступности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, своевременности и профильности плановой госпитализации, а также нарушения сроков госпитализации, ежеквартально направляют в страховые медицинские организации запрос о принятых мерах по защите прав застрахованных.

94.2. Отдел межтерриториальных расчетов Фонда на основании сведений, внесенных в информационный ресурс о застрахованных за пределами Костромской области и получающих медицинскую помощь на территории субъекта, 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 в отдел обязательного медицинского страхования Фонда.

94.3. Отдел обязательного медицинского страхования Фонда на основании сведений, полученных от отдела межтерриториальных расчетов Фонда, осуществляет взаимодействие с медицинской организацией для уточнения причин выявленных нарушений и принятия, оперативных мер, направленных на их устранение.

94.4. Специалист отдела межтерриториальных расчетов 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.

94.5. Информация о случаях несостоявшейся госпитализации по причине отсутствия медицинских показаний передается начальнику отдела обязательного медицинского страхования, который систематизирует полученную информацию и решает вопрос о необходимости проведения тематических экспертиз в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

VIII. Ответственность и отчетность Участников

95. 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».

96. 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.

97. Управление организации обязательного медицинского страхования Фонда и страховые медицинские организации представляют Отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в порядке и сроки, установленные приказом ФОМС от 31.12.2013 № 294 «Об утверждении формы отчетности».

Приложение
к Регламенту взаимодействия
участников обязательного медицинского страхования
при информационном сопровождении
застрахованных лиц на всех этапах оказания им
медицинской помощи на территории Костромской области

Таблица 1 к Регламенту. 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 к Регламенту. 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 к Регламенту. 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 к Регламенту. 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 к Регламенту. 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 подразделений при наличии
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.

