

**РЕГЛАМЕНТ**  
взаимодействия участников обязательного медицинского страхования  
при организации прохождения застрахованными лицами  
профилактических мероприятий и информационном сопровождении  
застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской  
помощи в плановом порядке

**I. Общие положения**

1. Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи на территории Хабаровского края разработан на основании:

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

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

- Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.11.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- Методических рекомендаций по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (письмо ФФОМС от 25.06.2018 № 6696/30-2/5564) и др.

2. Настоящим Регламентом устанавливается порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи на территории Хабаровского края (далее – информационное сопровождение застрахованных лиц).

3. Участниками информационного взаимодействия являются Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования (далее – ХКФОМС), страховые медицинские организации (далее – СМО) и медицинские организации (далее – МО), осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края (далее - Участники).

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

5. ХКФОМС определяет доступ к обрабатываемым сведениям для участников информационного взаимодействия. При этом предоставляемые

сведения для СМО определяются списочным составом застрахованных лиц по текущему состоянию регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на момент предоставления доступа.

## II. Термины и определения

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

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

3. Под профилактическими мероприятиями при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц понимается проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках базовой программы за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

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

В рамках информационного сопровождения застрахованных лиц страховой представитель 1 уровня осуществляет:

- индивидуальное информирование застрахованных лиц по телефону по спискам, подготовленным страховым представителем 2 уровня;

- телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения МО мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них.

6. Страховой представитель 2 уровня – специалист СМО, прошедший специальную подготовку на базе высшего учебного заведения по утвержденной программе с получением подтверждающего документа, деятельность которого направлена на 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 СМО, в МО (в соответствии с графиком работы), в страховом представительстве, организованном на территории МО.

Страховой представитель 2 уровня:

а) Информировует застрахованных лиц о:

- МО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края, 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) СМО, МО 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 МО в СМО реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);

- правах граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

б) Ежемесячно формирует списки застрахованных лиц, достигших 18-летнего возраста, и осуществляет их информирование о необходимости выбора МО и прикрепления к ней для получения первичной медико-санитарной помощи.

в) Осуществляет индивидуальное информирование застрахованных лиц старше 18 лет о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра и обеспечивает охват застрахованных лиц информированием о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра в соответствии с целевыми показателями регионального краевого проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

г) Проводит анкетирование населения о доступности медицинской помощи в МО.

7. Страховой представитель 3 уровня - специалист-эксперт СМО или эксперт качества медицинской помощи, прошедший на базе высшего учебного заведения специальную подготовку по соответствующей программе с получением подтверждающего документа, деятельность которого направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия их информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи.

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

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 (при наличии согласия) на всех этапах оказания медицинской помощи.

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

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

Застрахованное лицо считается проинформированным при условии подтвержденного документально факта информирования.

Тексты индивидуального информирования составляются с учетом вида канала связи и должны содержать информацию, изложенную в простой доступной форме, в частности: личное обращение к застрахованному лицу, о медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный, об адресе, режиме работы и контактном телефоне МО; о страховом представителе, к которому застрахованное лицо может обратиться по вопросам ОМС.

Тексты индивидуального информирования согласовываются ХКФОМС, в том числе в случае последующего внесения изменений в текст.

### III. Порядок взаимодействия Участников при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий

1. МО в срок не позднее последнего рабочего дня текущего года загружает в информационный ресурс (далее – ПК по учету результатов диспансеризации и профилактических осмотров) сформированные во взаимодействии со СМО сведения о лицах, из числа выбравших данную МО для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий в соответствии с планом проведения профилактических мероприятий в МО на следующий 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 МО на основании заключенного договора.

Формат данных, содержащих сведения о лицах, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий, устанавливается приказом Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

2. На основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, в ПК по учету результатов диспансеризации и профилактических осмотров в online-режиме осуществляется автоматизированная обработка полученных от МО сведений, в целях:

- идентификации страховой принадлежности застрахованных лиц, включенных МО в списки для проведения профилактических мероприятий;
- подтверждения прикрепления указанных застрахованных лиц к данной МО.

По результатам автоматизированной обработки списков в информационном ресурсе проставляется отметка о прохождении диспансеризации (с указанием года) и профилактического осмотра, формируется протокол.

Протоколы автоматизированной обработки полученных от МО сведений формируются в ПК по учету результатов диспансеризации и профилактических осмотров.

3. МО в течение 5 рабочих дней с момента формирования протокола вносит необходимые корректировки в сведения по прикрепленному контингенту и производит дополнительную загрузку списков с учетом результатов идентификации:

- о лицах, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий на 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 МО на основании заключенного договора;

- о лицах, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем календарном году, с поквартальной/помесячной их разбивкой в разрезе медицинских работников МО, осуществляющих диспансерное наблюдение.

4. СМО в случае невыполнения МО обязательств по своевременному предоставлению сведений о лицах, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий с ежемесячной разбивкой, и загрузки их в ПК по учету результатов диспансеризации и профилактических осмотров, информирует ХКФОМС о перечне МО, не исполнивших данные обязательства в срок до 15 января.

5. ХКФОМС обрабатывает информацию, полученную от СМО, и направляет ее в министерство здравоохранения Хабаровского края для принятия решений.

6. МО средствами ПК по учету результатов диспансеризации и профилактических осмотров ежеквартально, при необходимости ежемесячно, не позднее 01 числа месяца отчетного квартала во взаимодействии со СМО осуществляет актуализацию сведений о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, и предоставляет данные в СМО. В ежедневном режиме вносит данные в ПК по учету результатов диспансеризации и профилактических осмотров о застрахованных лицах, начавших проходить профилактических мероприятий, завершивших 1 этап, направленных на проходение 2 этапа диспансеризации, завершивших 2 этап диспансеризации с указанием результатов диспансеризации, начавших проходить профилактического медицинского осмотра, завершивших проходение профилактического медицинского осмотра.

МО по результатам проведения 1 и 2 этапов профилактических мероприятий вносит в реестр счетов для СМО по каждому застрахованному лицу, прошедшему профилактические мероприятия, информацию о выданных назначениях и результатах проведенных мероприятий в соответствии с установленной формой.

7. Страховой представитель 2 уровня:

а) Содействует МО в формировании списков застрахованных лиц, определенных для прохождения 1 этапа профилактических мероприятий, и привлечению застрахованных лиц из списка к прохождению профилактических мероприятий, в том числе организует их индивидуальное информирование различными способами (смс-рассылка, почтовые рассылки, телефонный обзвон, системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры), электронная почта, адресный обход, иные способы) о возможности прохождения профилактических мероприятий в текущем квартале (месяце) в МО, к которой они прикреплены.

б) Индивидуально информирует застрахованных лиц, включенных МО в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий на I квартал текущего года. Информирование осуществляется СМО в течение 10 - 15 рабочих дней с момента получения от МО необходимых сведений, включенных в последующие отчетные кварталы - в течение 10 - 15 рабочих дней первого месяца отчетного квартала.

Страховой представитель 2 уровня не позднее следующего рабочего дня после индивидуального информирования застрахованных лиц осуществляет размещение сведений об индивидуальном информировании застрахованных лиц на информационном ресурсе.

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

- не прошедших 1 этап профилактических мероприятий (не явились для прохождения профилактических мероприятий в течение 3-х месяцев после первичного оповещения);

- подлежащих и отказавшихся от прохождения 2 этапа профилактических мероприятий (не явились на 2 этап диспансеризации в течение 3-х месяцев после повторного оповещения);

- подлежащих взятию на диспансерное наблюдение.

г) Ежемесячно анализирует эффективность каналов коммуникации и ежеквартально представляет в ХКФОМС результаты анализа эффективности каналов коммуникации и корректировку (при необходимости) за квартал в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным, по форме Приложения № 1 к Регламенту.

д) Осуществляет в последующие периоды (не позднее 3 месяцев от первичного информирования) организацию повторного информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения 1 этапа профилактических мероприятий, в том числе с изменением каналов коммуникации (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 МО 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 МО для проведения дальнейших профилактических мероприятий в рамках 2 этапа;

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

Организует ведение учета застрахованных лиц, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, но не обратившихся в МО для их прохождения, в том числе для проведения телефонных опросов данных застрахованных лиц страховым представителем 1 уровня.

е) 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 в ПК по учету результатов диспансеризации и профилактических осмотров, доступ к которому имеют страховые представители 3 уровня.

8. Страховой представитель 2 уровня ежемесячно до 25 числа второго месяца, следующего за отчетным, организует ведение учета застрахованных лиц, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, но не обратившихся в МО для их прохождения, в том числе для проведения телефонных опросов данных застрахованных лиц страховым представителем 1 уровня.

9. Страховой представитель 2 уровня организует ведение учета застрахованных лиц, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, но не обратившихся в МО для их прохождения, в том числе для проведения телефонных опросов данных застрахованных лиц страховым представителем 1 уровня. При этом опросам подлежит не менее 0,5% от числа лиц, прошедших по данным реестров-счетов диспансеризацию, не менее 50% от числа лиц, индивидуально оповещенных и не прошедших диспансеризацию в отчетном квартале по каждой МО.

10. Страховой представитель 1 уровня осуществляет по утвержденной ХКФОМС типовой анкете телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения МО мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них, изучения причин неудовлетворенности организацией прохождения диспансеризации с указанием МО.

11. Страховой представитель 2 уровня анализирует данные опросов, результаты опроса СМО доводит до руководителей МО, ХКФОМС.

12. СМО обеспечивают взаимодействие с МО для проведения профилактических медицинских осмотров и(или) диспансеризации застрахованным лицам (по согласованию), не удовлетворенным



организацией диспансеризации; фактически не прошедшим диспансеризацию, но в отношении которых предъявлены реестры счетов.

13. ХКФОМС обрабатывает информацию, полученную от СМО по результатам анкетирования, и направляет ее в министерство здравоохранения Хабаровского края для принятия необходимых решений (изменения графика МО, формирования мобильных медицинских бригад, проведения разъяснительной работы с руководителями организаций и предприятий о необходимости беспрепятственного предоставления работникам возможности прохождения профилактических мероприятий и др.).

14. Страховые представители 3 уровня контролируют фактическое потребление застрахованными лицами, в том числе подлежащими диспансерному наблюдению, объемов медицинской помощи в МО, анализируют своевременность диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам диспансеризации, и осуществляют их индивидуальное информирование (при наличии согласия) о необходимости своевременного обращения в МО в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению.

15. МО обеспечивает доступ страховых представителей в МО для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи.

16. МО путем внесения в ПК по учету результатов диспансеризации и профилактических осмотров предоставляет СМО в целях оптимизации потока застрахованных лиц, подлежащих профилактическим мероприятиям, следующие сведения согласно установленным форматам:

- график работы МО при проведении профилактических мероприятий;
- порядок маршрутизации застрахованных лиц при проведении профилактических мероприятий;
- телефон ответственного лица МО, отвечающего за эффективное взаимодействие со СМО.

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

1. 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 МО по направлению лечащего врача при получении специализированной помощи в плановом порядке.

2. 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 РФ 02.02.2015, регистрационный № 35821) при выдаче направления на плановую госпитализацию лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или его законного представителя о МО, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания указанного вида медицинской помощи, установленных территориальной программой.

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

4. Оформление направления на оказание специализированной помощи осуществляется уполномоченным должностным лицом МО с учетом сведений, содержащихся в едином информационном ресурсе (далее – ЕИР) о количестве свободных мест для плановой госпитализации в выбранной застрахованным лицом МО на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом даты освобождения места.

5. Информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании специализированной помощи осуществляется посредством ЕИР, организованного территориальным фондом, доступ к которому получают страховые представители 2 и 3 уровней СМО, определяемые приказом руководителя, и уполномоченные должностные лица МО. Пароли для доступа в единый информационный ресурс ответственных лиц СМО и МО генерируются ХКФОМС.

6. Участники взаимодействия вносят в ЕИР 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.

Состав сведений, необходимых для внесения в ЕИР, утвержден Приложением к Регламенту взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий и информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке (далее – Регламент) (Таблицы 1-5 Приложения № 2 к Регламенту).

В ЕИР вносится информация о направлении и госпитализации застрахованных лиц при оказании специализированной медицинской помощи (в условиях круглосуточного и дневного стационаров) и первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется ежедневно в режиме реального времени.

7. Сведения обо всех выписанных направлениях на оказание специализированной помощи вносятся МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в электронном виде в ЕИР ежедневно не позднее 9-00 местного времени по состоянию на 20-00 часов предшествующего дня. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 1 Приложения № 2 к Регламенту.

Номер направления на оказание специализированной помощи генерируется автоматически в едином информационном ресурсе и уникален в пределах Хабаровского края.

8. В случае отказа застрахованного лица от плановой госпитализации МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, направляет соответствующие сведения в ЕИР. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 3 Приложения № 2 к Регламенту.

9. МО, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях:

- осуществляет автоматизированный учет застрахованных лиц поступивших на госпитализацию по направлениям, а также отказавшихся от госпитализации явочным порядком;

- ежедневно не позднее 9-00 местного времени вносит в ЕИР сведения о госпитализации (Таблицы 2 и 4 Приложения № 2 к Регламенту), об отказах от госпитализации (Таблица 3 Приложения № 2 к Регламенту);

- ежедневно не позднее 9-00 местного времени вносит в ЕИР информацию о количестве свободных мест для госпитализации с учетом периода ожидания (Таблица 5 Приложения № 2 к Регламенту).

10. МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, получает из ЕИР:

- ежедневно не позднее 10-00 информацию о наличии свободных мест и объемов для госпитализации с учетом периода ожидания (Таблица 5 Приложения № 2 к Регламенту).

- сведения о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям (Таблица 2 Приложения № 2 к Регламенту), а также об аннулировании направлений, выданных данной МО (Таблица 3 Приложения № 2 к Регламенту).

11. Страховой представитель 2 уровня ежедневно на основании сведений, внесенных в ЕИР, анализирует информацию:

- о застрахованных лицах, направленных на госпитализацию, по факту госпитализации осуществляет мониторинг очередности и доступности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, своевременности и профильности (совместно или при участии страхового представителя 3 уровня) плановой госпитализации;

- о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, уточняет у застрахованного лица причины несостоявшейся госпитализации, при необходимости направляет информацию в МО, выдавшую направление на плановую госпитализацию,

для изменения даты госпитализации застрахованного лица и информирует об этом застрахованное лицо.

Госпитализация считается не состоявшейся, если:

- направление аннулировано (за исключением причины аннулирования «Смерть»);

- в ЕИР отсутствует информация о факте госпитализации застрахованного лица по направлению и плановый срок госпитализации превышен.

В случае выяснения причины, по которой не состоялась госпитализация застрахованного лица, страховой представитель 2 уровня аннулирует направление в ЕИР.

Информация о взаимодействии с МО и его результатах ежедневно вносится в электронный журнал. Сводная информация о проведенной работе ежемесячно направляется в ХКФОМС в срок до 05 числа месяца, следующего за отчетным.

Информация о выявленных нарушениях, в том числе непрофильных госпитализациях, превышениях сроков ожидания, утвержденных Территориальной программой государственных гарантий оказания медицинской помощи, случаях несостоявшейся госпитализации по причине отсутствия медицинских показаний передается страховому представителю 3 уровня.

12. Страховой представитель 2 уровня ежемесячно контролирует полноту внесения информации МО в единый информационный ресурс, при необходимости осуществляет взаимодействие с руководителем МО, в том числе путем направления писем.

13. Страховой представитель 3 уровня на основании сведений, полученных от страхового представителя 2 уровня:

- осуществляет взаимодействие с МО для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение;

- систематизирует полученную информацию и готовит предложения о необходимости проведения тематических экспертиз в МО.

14. 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 МО, 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.

Приложение № 2 к Регламенту  
взаимодействия участников  
обязательного медицинского  
страхования  
при организации прохождения  
застрахованными лицами  
профилактических мероприятий и  
информационном сопровождении  
застрахованных лиц при оказании  
им специализированной  
медицинской помощи в плановом  
порядке

Состав информации, вносимой в ЕИР

**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	Указывается для полисов старого

	медицинского страхования	образца при наличии
Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	
Да	Страховая медицинская организация	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Субъект Российской Федерации, в котором застрахован гражданин	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Усл	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Контакт	Номер телефона застрахованного лица
Да	Код диагноза по МКБ	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	Код медицинского работника, направившего больного	Региональный справочник
Да	Плановая дата госпитализации	

-----

<\*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

**Таблица 2. Состав сведений о госпитализации по направлению  
(в том числе при переводе из других медицинских организаций  
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	N карты стационарного больного	
Да	Диагноз приемного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

-----

<\*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".



**Таблица 3. Состав сведений об аннулировании направления на госпитализацию**

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	
Да	Дата направления	
Да	Источник аннулирования	1. страховые медицинские организации 2. медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях 3. медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях
Да	Реестровый номер источника аннулирования	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации - источника аннулирования	Региональный справочник. Указывается для медицинской организации при наличии подразделений
Да	Причина аннулирования	1. неявка пациента на госпитализацию 2. непредоставление необходимого пакета документов (отказ медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях) 3. инициативный отказ от госпитализации пациентом 4. смерть 5. прочие

-----  
<\*> В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

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

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Усл	Номер направления	Для госпитализаций по направлению
Усл	Дата направления	Для госпитализаций по направлению
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная 3 - экстренная
Да	Реестровый номер медицинской организации	<*>
Усл	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Дата госпитализации	
Да	Дата выбытия	
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	N 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. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

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

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Дата	
Да	Реестровый номер медицинской организации	
Усл	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Профиль койки	
Да	Состояло пациентов на отчетный период <*>	
Да	Поступило пациентов за отчетный период <*>	
Да	Выбыло пациентов за отчетный период <*>	
Да	Планируется госпитализаций (направлений на госпитализацию) на отчетный период <*>	
Да	Количество свободных коек на конец отчетного периода <*> (с учетом планируемой госпитализации) всего	
Да	в том числе: 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.