

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 31.01.2023

№ 173/11

О Регламенте взаимодействия при осуществлении
информационного сопровождения застрахованных
лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи

В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (ред. от 13.12.2022) (далее - Правила ОМС), приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.03.2021 № 34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (ред. от 15.11.2022), во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», в целях достижения оптимального результата при сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, в том числе при организации и проведении профилактических мероприятий **ПРИКАЗЫВАЕМ:**

1. Утвердить Регламент взаимодействия Министерства здравоохранения Рязанской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области, медицинских организаций и страховых медицинских организаций при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

2. Признать утратившим силу Порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на информационном ресурсе по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, утвержденный совместным приказом Министерства здравоохранения Рязанской области и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Рязанской области от 30.11.2020 № 1830/170.

3. Приказ вступает в силу со дня подписания.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Рязанской области В.В. Хоминца и заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области Л.С. Абрамова.

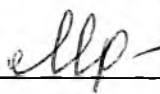
Министр здравоохранения
Рязанской области



А.С. Ищенко



The seal is circular with the coat of arms of the Ryazan Region in the center. The text around the perimeter includes 'МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ' and 'МИНЗДРАВ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ'. The identification number '1026301285780' is visible at the bottom.

Директор Территориального фонда
обязательного
медицинского
страхования Рязанской области


Е.В. Манухина



The seal is circular with the text 'ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ' around the perimeter. The identification number '10263012857818' is visible at the bottom.

РЕГЛАМЕНТ

взаимодействия Министерства здравоохранения Рязанской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области, медицинских организаций и страховых медицинских организаций при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент разработан в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

- ✓ приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:
 - от 28.02.2019 № 108н (ред. от 13.12.2022) «Правила обязательного медицинского страхования»;
 - от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
 - от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;
 - от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;
 - от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;
- ✓ приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования:
 - от 31.03. 2021 № 34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (ред. от 15.11.2022)
 - от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;
- ✓ распоряжением Правительства Рязанской области от 24.05.2022 №265-р «Об определении государственной информационной системы Рязанской области «Система управления здравоохранением Рязанской области» государственной информационной системой в сфере здравоохранения Рязанской области, взаимодействующей с единой

государственной информационной системой здравоохранения (ЕГИСЗ) для обеспечения единого цифрового контура в сфере здравоохранения»;

✓ приказом Министерства здравоохранения Рязанской области от 05.05.2022 № 812 «Об обеспечении выгрузки данных о прикрепленном населении»;

✓ приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области от 28.09.2016 № 435 (ред. от 24.01.2022) «Положение о порядке информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования на территории Рязанской области».

1.2. Настоящий Регламент устанавливает полномочия и обязанности участников взаимодействия;

1.3. Участниками взаимодействия являются:

- Министерство здравоохранения Рязанской области;
- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области (далее - ТФОМС Рязанской области);
- медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь на территории Рязанской области за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – медицинские организации);
- страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование на территории Рязанской области.

1.4. Основной целью настоящего регламента является достижение оптимального результата при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, в том числе при организации и проведении профилактических мероприятий, источником финансового обеспечения которых являются средства обязательного медицинского страхования.

2. Порядок взаимодействия

Обмен информацией между участниками взаимодействия осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите персональных данных и иной конфиденциальной информации в соответствии с частью 6 статьи 44 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Состав, формат и сроки передачи информации установлены Положением о порядке информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования на территории Рязанской области, утверждённым приказом ТФОМС Рязанской области от 28.09.2016 № 435 (ред. 24.01.2022).

Информационное сопровождение застрахованных лиц осуществляется на основе программного комплекса ТФОМС Рязанской области, интегрированного с информационными системами ТФОМС Рязанской области по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающего круглосуточно (далее – информационный ресурс).

Страховые медицинские организации и медицинские организации получают доступ к информационному ресурсу и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется не реже одного раза в сутки в соответствии с установленным ТФОМС Рязанской области графиком передачи информации медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

2.1. Министерство здравоохранения Рязанской области:

2.1.1. Министерство здравоохранения Рязанской области, определенное Правительством Рязанской области уполномоченным исполнительным органом Рязанской области по информационному взаимодействию с ЕГИСЗ посредством ГИС СУЗ РО, обеспечивает ежедневную выгрузку данных о прикрепленном населении из государственной информационной системы «Система управления здравоохранением Рязанской области» и их последующую передачу в ТФОМС Рязанской области.

2.1.2. В срок до 31 декабря утверждает планы проведения профилактических мероприятий на следующий календарный год в разрезе медицинских организаций и направляет в медицинские организации и ТФОМС Рязанской области;

2.1.3. Контролирует и анализирует исполнение планов профилактических мероприятий медицинскими организациями и при необходимости принимает управленческие решения.

2.1.4. Размещает на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" информацию о медицинских организациях, в которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию.

2.2. Медицинская организация:

2.2.1. Безвозмездно предоставляет страховой медицинской организации доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и средств информирования, в том числе информационных стендов, информационных интерактивных панелей, средств телекоммуникационной связи, а также для деятельности представителей страховой медицинской организации.

2.2.2. В срок не позднее 15 января текущего года обеспечивает размещение в информационном ресурсе следующих сведений:

- сведения о застрахованных лицах, выбравших данную медицинскую организацию в соответствии с законодательством Российской Федерации (прикрепление застрахованных лиц к медицинской организации);
- планы-графики проведения профилактических медицинских осмотров,

диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, на текущий календарный год с поквартальной/помесячной разбивкой в разрезе терапевтических участков (участков врача общей практики, фельдшерских участков) не позднее двух рабочих дней с даты утверждения (изменения) указанного плана-графика;

- сведения о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации на текущий календарный год;

- график работы медицинской организации, в том числе отделений (кабинетов) для прохождения гражданами профилактических мероприятий, в том числе в вечерние часы и в субботу, а также выездных мобильных бригад с указанием графика и адресов их работы.

2.2.3. При представлении в информационном ресурсе сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в текущем календарном году, и планируемых сроках диспансерного наблюдения дополнительно к сведениям, установленным пунктом 2.2.2. настоящего Регламента, ежемесячно представляются следующие сведения:

а) диагноз заболевания по МКБ, по поводу которого застрахованное лицо находится на диспансерном наблюдении;

б) дата включения застрахованного лица в группу диспансерного наблюдения;

в) периодичность диспансерного осмотра при диагнозе заболевания, по которому застрахованное лицо состоит на диспансерном наблюдении;

г) о медицинском работнике, осуществляющем диспансерное наблюдение застрахованного лица в выбранной им медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по обязательному медицинскому страхованию: врач-терапевт (участковый), врач-педиатр (участковый), врач общей врачебной практики, врач-специалист (по профилю заболевания застрахованного лица), врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики, врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения;

д) дата предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации);

е) сроки (календарный месяц) проведения диспансерного приема (осмотра, консультации), запланированные медицинской организацией, осуществляющей диспансерное наблюдение;

ж) о месте проведения диспансерного приема (осмотра, консультации): медицинская организация или на дому (в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций);

з) дата посещения/обращения застрахованного лица медицинской организации для прохождения диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения);

и) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий выдачу застрахованному лицу медицинским работником, указанным в подпункте «г» пункта 2.2.3, направления для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе специализированного вида, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания застрахованного лица, в случае отсутствия такого врача-специалиста в медицинской организации;

к) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения).

2.2.4. Ежемесячно в течение двух рабочих дней со дня окончания отчетного периода осуществляет обновление в информационном ресурсе сведений о застрахованных лицах:

а) прошедших профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию, для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения;

б) начавших прохождение диспансеризации;

в) завершивших первый этап диспансеризации;

г) направленных на второй этап диспансеризации;

д) завершивших второй этап диспансеризации;

е) присвоенной группе здоровья по результатам прохождения диспансеризации.

В отношении застрахованного лица, направленного на II этап диспансеризации, на информационном ресурсе указывается перечень дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами, назначенных застрахованному лицу к выполнению на II этапе диспансеризации для уточнения диагноза заболевания, а также сведения о застрахованном лице, направленном по итогам II этапа диспансеризации на диспансерное наблюдение.

2.2.5. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и (или) специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, включенную в базовую программу, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе за истекшие сутки о:

а) выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией на осуществление медицинской деятельности медицинской организации;

б) количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места;

в) застрахованных лицах, госпитализированных за день по

направлениям, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

г) застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке и выписанных после экстренных госпитализаций в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи;

д) застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний;

е) застрахованных лицах, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации.

2.2.6. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе о застрахованных лицах за истекшие сутки, получивших направление в медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации и дату выписки.

2.2.7. Медицинская организация, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, включенную в базовую программу, после получения сведений, содержащих рекомендации медицинских работников федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь (далее - национальные медицинские исследовательские центры) по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, не позднее одного рабочего дня с даты получения данных сведений размещает посредством информационного ресурса информацию о застрахованных лицах, в отношении которых получены указанные рекомендации.

2.2.8. При выдаче направления на госпитализацию в плановом порядке лечащий врач обязан информировать застрахованное лицо или представителя (в том числе 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. На основании указанной информации застрахованное лицо или представитель (в том числе законный представитель) осуществляет выбор медицинской организации для оказания ему специализированной медицинской помощи

2.2.9. Предоставляет страховым медицинским организациям в целях оптимизации потока застрахованных лиц телефон ответственного лица медицинской организации, отвечающего за эффективное взаимодействие со

страховыми медицинскими организациями.

2.3. Страховые медицинские организации:

2.3.1. В соответствии со статьей 14 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» страховая медицинская организация в порядке, установленном Правилами ОМС, осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

2.3.2. Осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и представителей (в том числе законных представителей), в том числе по обращениям, путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (далее - страховые представители), о:

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

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

3) порядке получения и сдачи полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе;

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

5) прохождении, в том числе в вечерние часы и в субботу, профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения, а также о возможности дистанционной записи на медицинские исследования;

6) прохождении диспансерного наблюдения застрахованными лицами, включенными в группы диспансерного наблюдения при наличии оснований согласно порядкам и срокам проведения диспансерного наблюдения, установленными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья, в том числе онкологическими больными;

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

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

2.3.3. Информирование застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий, опросы застрахованных лиц о качестве и доступности медицинской помощи, предоставление по устным обращениям застрахованных лиц информации по вопросам обязательного

медицинского страхования (типовые вопросы), переадресация вопросов, требующих рассмотрения иными специалистами страховой медицинской организации, осуществляется страховым представителем страховой медицинской организации, являющимся специалистом контакт-центра.

2.3.4. Работа с обращениями граждан, обеспечение организации информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, подготовка к информированию списков лиц, подлежащих диспансеризации, включая углубленной диспансеризации, а также лиц, находящихся на диспансерном наблюдении в соответствии с запланированным медицинской организацией планом-графиком проведения профилактических мероприятий, организация индивидуального информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий и диспансерной явки, мониторинг и анализ результатов профилактических мероприятий, в том числе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, подготовка предложений для медицинских организаций по организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, осуществляются страховым представителем страховой медицинской организации.

2.3.5. Рассмотрение жалоб застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи, в том числе обеспечение индивидуального информирования и сопровождения застрахованных лиц по результатам профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, информационная работа с застрахованными лицами о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояний здоровья и формирование приверженности к лечению осуществляются страховым представителем страховой медицинской организации, являющимся специалистом-экспертом.

2.3.6. Страховая медицинская организация проводит опросы застрахованных лиц и представителей (в том числе законных представителей) о доступности и качестве медицинской помощи в медицинских организациях.

По результатам прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий взрослого населения проводит опрос не менее 0,25 процента застрахованных лиц, прошедших профилактические мероприятия, а также не менее 10 процентов застрахованных лиц, включенных в списки к прохождению профилактических мероприятий, но не прошедших их.

2.3.7. Страховые медицинские организации при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц вправе использовать любые способы связи, в том числе Единый портал государственных и

муниципальных услуг (функций), в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3.8. Страховые медицинские организации используют информацию, размещенную на информационном ресурсе, для осуществления сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется не реже одного раза в сутки.

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

2.3.10. Страховая медицинская организация на информационном ресурсе формирует индивидуальную историю:

- страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием на основе сведений реестров-счетов на оплату медицинской помощи на всех этапах ее оказания, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленным заболеваниям или продолжающегося лечения (далее - индивидуальная история страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием);

- информирования о прохождении профилактических мероприятий и диспансерном наблюдении (далее - индивидуальная история информирования застрахованных лиц).

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

- 1) номер полиса;
- 2) номера и даты счетов на оплату медицинской помощи;
- 3) коды медицинских организаций, оказавших медицинскую помощь;
- 4) о посещениях/обращениях в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства/прикрепления;
- 5) о законченных случаях оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара;
- 6) даты начала и окончания оказания медицинской помощи;
- 7) о диагнозах основного и сопутствующего заболевания, а также осложнения при оказании медицинской помощи по МКБ;
- 8) результаты обращения за медицинской помощью;
- 9) сведения о диспансерном наблюдении;
- 10) контактные данные застрахованного лица (номер мобильного телефона для связи, номер другого телефона для связи, адрес электронной почты, адрес фактического проживания и другие виды связи при наличии).

Данные сведения формируются в хронологической последовательности по датам оказания законченного случая оказания медицинской помощи.

2.3.11. Страховая медицинская организация осуществляет в течение года публичное информирование застрахованных лиц о целях и задачах профилактических мероприятий, и порядке их проведения через публикации в средствах массовой информации, распространение брошюр и памяток, выступления в коллективах застрахованных лиц, через размещение информации на официальном сайте, а также индивидуальное информирование застрахованных лиц о праве прохождения профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения.

2.3.12. Ведет учет застрахованных лиц:

- а) подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, диспансеризации и диспансерному наблюдению в текущем календарном году;
- б) начавших проходить диспансеризации;
- в) завершивших первый этап диспансеризации;
- г) направленных на второй этап диспансеризации;
- д) завершивших второй этап диспансеризации;
- е) прошедших профилактический медицинский осмотр, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения;
- ж) прошедших диспансерное наблюдение по каждому заболеванию, по которому застрахованное лицо подлежит диспансерному наблюдению.

2.3.13. Страховая медицинская организация с учетом запланированного медицинской организацией плана-графика проведения профилактических осмотров, диспансеризации, и диспансерного наблюдения и имеющихся возможностей медицинской организации формирует ежемесячные списки на информирование и осуществляет индивидуальное информирование застрахованных лиц или представителей (в том числе законных представителей) о прохождении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения в очередном календарном году согласно сформированным ежемесячным спискам.

Информирование на предстоящий отчетный месяц проводится не позднее последнего дня месяца, предшествующему отчетному с учетом сведений о прохождении профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения в прошедшие отчетные периоды текущего года по данным представленных к оплате реестров-счетов, сведений о замене страховой медицинской организации или иных поводах прекращения в отношении застрахованного лица факта страхования. Информирование на январь проводится в течение 5 рабочих дней со дня доведения территориальным фондом страховой медицинской организации списков на информирование.

Застрахованное лицо при наличии нескольких хронических заболеваний подлежит информированию, в том числе повторно, по каждому заболеванию в соответствии с рекомендациями прохождения профилактических мероприятий по каждому заболеванию.

Каждое застрахованное лицо, включенное в список для прохождения профилактических мероприятий, информируется один раз, а также повторно в течение календарного года при неявке на профилактические мероприятия в

течение трех месяцев со дня информирования или повторного информирования о прохождении профилактических мероприятий.

2.3.14. Страховые медицинские организации по результатам индивидуального информирования застрахованных лиц о прохождении профилактических мероприятий средствами единого информационного ресурса представляют в территориальный фонд сведения о застрахованных лицах:

1) даты первичного и повторного информирования страховой медицинской организацией застрахованного лица, находящегося под диспансерным наблюдением, и не прошедшего диспансерный прием (осмотр, консультацию), о необходимости прохождения диспансерного осмотра в текущем году в установленные сроки;

2) способ первичного и повторного информирования страховой медицинской организацией застрахованного лица.

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

Страховой представитель в течение двух рабочих дней со дня размещения медицинской организацией на информационном ресурсе территориального фонда сведений о получении рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, обеспечивает проведение очной медико-экономической экспертизы в соответствии с порядком проведения контроля.

Экспертиза качества медицинской помощи по случаям оказания застрахованным лицам медицинской помощи с применением рекомендаций, полученных в ходе телемедицинских консультаций/консилиумов, проводится страховой медицинской организацией.

2.3.16. Страховая медицинская организация ежедневно по состоянию на 09.00 часов местного времени по каждой медицинской организации, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и (или) специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную, ведет учет информации за истекшие сутки о:

1) количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие десять рабочих дней с учетом планируемой даты освобождения места;

2) застрахованных лицах, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации;

3) застрахованных лицах, госпитализированных в разрезе профилей

(отделений) медицинской помощи по направлениям, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в плановом порядке (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

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

2.3.17. Страховая медицинская организация на основании информации, размещенной медицинскими организациями в информационном ресурсе, в течение одного рабочего дня со дня ее получения осуществляет контроль правильности направлений застрахованных лиц на госпитализацию в профильные медицинские организации.

При выявлении случаев нарушений, в том числе соблюдения сроков госпитализации, профиля госпитализации и уровня медицинской организации страховая медицинская организация информирует руководителя медицинской организации и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, о фактах непрофильной госпитализации и при необходимости принимает меры по переводу пациента в другую медицинскую организацию соответствующего профиля и имеющую оснащение в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

2.3.18. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени:

- информирует каждую медицинскую организацию, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и (или) специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, о застрахованных лицах, получивших за истекшие сутки направление на госпитализацию в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), включая дату госпитализации;

- информирует каждую медицинскую организацию, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях:

1) о застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке и выписанных по итогам экстренных госпитализаций и выписанных по итогам экстренных госпитализаций;

2) о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

2.3.19. Страховая медицинская организация представляет в ТФОМС Рязанской области отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи по форме, устанавливаемой Федеральным фондом ОМС в соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33

Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ.

2.3.20. Страховая медицинская организация осуществляет досудебную защиту прав застрахованного лица.

При обращении застрахованного лица или представителя (в том числе законного представителя) с жалобой на некачественное оказание медицинской помощи или взимание платы за медицинскую помощь, включенную в территориальную программу, страховая медицинская организация регистрирует письменное обращение, по жалобе на некачественное оказание медицинской помощи проводит медико-экономическую экспертизу и (или) экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля и в сроки, установленные Федеральным законом от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

2.4. ТФОМС Рязанской области:

2.4.1. Обеспечивает, при реализации застрахованным лицом выбора (замены) страховой медицинской организации в связи с изменением места жительства, а также расторжением договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, полноту формирования полной индивидуальной истории страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием.

Индивидуальная история информирования застрахованных лиц, в том числе с онкологическим заболеванием, должна содержать следующую информацию:

- 1) номер полиса;
- 2) диагноз основной и сопутствующий по МКБ, в соответствии с которыми застрахованное лицо состоит на диспансерном наблюдении;
- 3) плановый период прохождения профилактических мероприятий, включающих в себя профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию (далее - профилактические мероприятия), а также диспансерного наблюдения в текущем году;
- 4) сведения о форме запланированных профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения;
- 5) даты и способ первичного и повторного индивидуального информирования (при наличии) о возможности прохождения профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения;
- 6) даты посещения/обращения в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства/прикрепления, в целях прохождения профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения;
- 7) плановый период (месяц) проведения следующего профилактического мероприятия, а также диспансерного наблюдения;
- 8) планируемую дату следующего информирования с указанием диагноза основного и сопутствующего заболевания по МКБ, в соответствии с которыми

застрахованное лицо информируется о диспансерном наблюдении.

Данные сведения формируются в хронологической последовательности по датам информирования о прохождении профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения.

Обеспечивает, при реализации застрахованным лицом выбора (замены) страховой медицинской организации в связи с изменением места жительства, а также расторжением договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, полноту формирования индивидуальной истории информирования о прохождении профилактических мероприятий, а также диспансерного наблюдения.

2.4.2. ТФОМС Рязанской области осуществляет информирование застрахованных лиц и их законных представителей об оказанной им медицинской помощи и ее стоимости (далее - информация), по месту страхования застрахованного лица в электронном виде через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций), в том числе по запросу, при условии завершения застрахованным лицом прохождения процедуры регистрации в единой системе идентификации и аутентификации, а также через официальные сайты при условии прохождения застрахованным лицом процедуры идентификации и аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.4.3. Обеспечивает внесение в информационный ресурс информации об установленных Комиссией объемах предоставления медицинской помощи для медицинских организаций, в том числе их корректировки, не позднее двух рабочих дней с даты принятия Комиссией решений о распределении (перераспределении) указанных объемов и в разрезе отделений и профилей коек.

2.4.4. В срок не позднее 20 января текущего календарного года на основании регистра застрахованных лиц и сведений, внесенных каждой медицинской организацией в информационный ресурс, формирует с учетом страховой принадлежности списки застрахованных лиц, подлежащих прохождению профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения в очередном календарном году, а также о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в текущем календарном году: фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения, номер полиса.

2.4.5. Осуществляет контроль за размещением информации в информационном ресурсе страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

2.4.6. Информировует Министерство здравоохранения Рязанской области о медицинских организациях, не размещающих в полном объеме информацию в информационном ресурсе ТФОМС Рязанской области, для принятия управленческих решений.