XV. Порядок информационного сопровождения

застрахованных лиц при организации оказания им медицинской

помощи страховыми медицинскими организациями

(введено Приказом Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан)

199. Страховая медицинская организация осуществляет получение и обобщение информации, представляемой ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях:

- о выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы по случаям госпитализации в разрезе профилей медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией медицинской организации, лицам, застрахованным в данной страховой медицинской организации;

- о числе застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбравших медицинскую организацию и получивших направление на госпитализацию, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация.

200. Страховая медицинская организация на основании информации, доступ к которой предоставлен территориальным фондом, переданных медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обобщает и ведет учет по состоянию на 09.00 часов дня передачи информации по каждой медицинской организации:

- выполненных объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в разрезе профилей (кодов) отделений по всем медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- наличия числа свободных мест на госпитализацию в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- числа застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и получивших направление на оказание в плановой и неотложной форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, по каждой медицинской организации, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- числа застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, а также в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, не позднее 1 дня с даты плановой госпитализации.

201. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует лицо, уполномоченное руководителем медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, на взаимодействие со страховой медицинской организацией по вопросам госпитализации (далее - уполномоченное лицо):

- о наличии объемов медицинской помощи и числа свободных мест для госпитализации в плановой и экстренной форме в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- о госпитализированных застрахованных лицах в плановой и экстренной форме.

202. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г., регистрационный N 24278) и приказом Минздрава России от 21.12.2012 N 1342н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 марта 2013 г. N 27617) 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.

Для информирования застрахованного лица или его законного представителя лечащий врач обращается к уполномоченному лицу.

203. На основании информации, указанной в [пункте 202](#Par17) настоящих Правил, застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи.

204. Страховая медицинская организация ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени на основании сведений медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, поступающей ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени дня о застрахованных лицах в данной страховой медицинской организации, получивших направление для оказания в плановой форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях с указанием, в том числе сроков госпитализации, по состоянию на 20.00 часов предшествующего дня, информирует медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

205. Страховая медицинская организация передает данную информацию в территориальный фонд и медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, не позднее 1 дня с даты получения информации от медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

206. Страховая медицинская организация в случае отказа застрахованного лица или его законного представителя от госпитализации на основе информации, поступающей от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях при регистрации отказа в медицинской карте амбулаторного больного и анализа причин неявки застрахованного лица на плановую госпитализацию, при необходимости, обеспечивает организацию госпитализации застрахованного лица с учетом его выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

207. Страховая медицинская организация ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, и до 1 марта года, следующего за отчетным, представляет отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

208. Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и территориальным фондом осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите конфиденциальной информации.

209. Страховая медицинская организация обеспечивает мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, а также контроль за своевременностью госпитализации.

 *Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 20.11.2013) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" {КонсультантПлюс}*