

XVI. Сопровождение страховыми медицинскими организациями застрахованных лиц на всей территории Российской Федерации

338. Защита прав и законных интересов застрахованных лиц осуществляется страховыми медицинскими организациями в соответствии со [статьей 14](#) Федерального закона, территориальными фондами в соответствии со [статьей 34](#) Федерального закона и включает:

1) сопровождение застрахованных лиц, в том числе:

информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи;

содействие застрахованным лицам в восстановлении нарушенных прав в системе обязательного медицинского страхования, в том числе при возникновении у них вопросов, связанных с организацией оказания медицинской помощи, в том числе за пределами территории, в которой выдан полис обязательного медицинского страхования, и в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования;

2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в рамках базовой и территориальной программ;

3) рассмотрение обращений застрахованных лиц в порядке, установленном [Федеральным законом](#) от 2 мая 2006 г. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации";

4) оказание помощи застрахованным лицам в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи, взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи путем предоставления им консультаций ²⁷;

5) проведение опросов застрахованных лиц (представителей застрахованных лиц, в том числе законных представителей) об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи в медицинских организациях;

6) другие направления деятельности, установленные законодательством Российской Федерации.

339. Защита прав и законных интересов застрахованных лиц, в том числе сопровождение застрахованных лиц, в страховой медицинской организации осуществляется представителями страховой медицинской организации, где:

представители страховой медицинской организации 1 уровня (специалисты регионального или единого контакт-центра страховой медицинской организации, работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору) осуществляют информирование застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий, в случае поступления от территориального фонда сведений о причинах возврата направления на медико-социальную экспертизу в медицинскую организацию, в том числе о необходимости прохождения дополнительных медицинских обследований в соответствии с перечнем медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, 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;

представители страховой медицинской организации 2 уровня (сотрудники страховой медицинской организации, работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору) проводят работу с обращениями граждан, организуют информирование и сопровождение

застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, осуществляют подготовку 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, проводят мониторинг и анализ результатов профилактических мероприятий, в том числе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, осуществляют подготовку предложений для медицинских организаций по организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

представители страховой медицинской организации 3 уровня (специалисты-эксперты - сотрудники страховой медицинской организации, работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору) осуществляют 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.

340. Страховая медицинская организация 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, о:

- 1) медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;
- 2) порядке включения в единый регистр застрахованных лиц;
- 3) праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;
- 4) порядке получения и сдачи полиса на материальном носителе;
- 5) порядке предоставления выписки о полисе;
- 6) видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ;
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) сведениях об оказанной медицинской помощи, включая сведения о ее стоимости (на основании принятых от медицинских организаций счетов и реестров счетов за оказанную медицинскую помощь) по запросу застрахованного лица;
- 10) выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц);
- 11) порядке предоставления уполномоченными лицами страховой медицинской организации консультаций застрахованным лицам в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской

помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи;

12) по другим вопросам, связанным с реализацией прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

341. При осуществлении сопровождения застрахованных лиц представители страховой медицинской организации:

1) предоставляют по обращениям застрахованных лиц информацию по вопросам обязательного медицинского страхования и организации оказания медицинской помощи;

2) оказывают помощь застрахованным лицам в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи путем предоставления им консультаций;

3) осуществляют иные полномочия в соответствии с законодательством Российской Федерации²⁸.

342. Медицинская организация 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.

343. Информирование застрахованных лиц и их законных представителей об оказанной им медицинской помощи и ее стоимости (далее - информация) осуществляется Федеральным фондом, территориальным фондом по месту страхования застрахованного лица в электронном виде, 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.

344. Страховая медицинская организация осуществляет сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, обеспечивает информирование застрахованных лиц и представителей (в том числе законных представителей), в том числе по обращениям, а также осуществляет защиту прав и законных интересов застрахованных лиц любыми способами связи, в том числе через официальный сайт страховой медицинской организации при условии прохождения застрахованным лицом процедуры идентификации и (или) аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

346. Страховая медицинская организация по результатам прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий взрослого населения проводит опрос не менее 0,25 процента застрахованных лиц, прошедших профилактические мероприятия из числа включенных в списки для информирования, а также не менее 10 процентов застрахованных лиц, включенных в списки для информирования о прохождении профилактических мероприятий, но не прошедших их.

347. Формы опросов о доступности медицинской помощи в медицинских организациях, а также формы информирования застрахованных лиц и представителей (в том числе законных представителей) о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости утверждаются Федеральным фондом в соответствии с [пунктом 6¹ части 8 статьи 33](#) Федерального закона.

348. Информационное сопровождение застрахованных лиц осуществляется с использованием государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, а также региональной информационной системы обязательного медицинского страхования, интегрированной с государственной информационной системой обязательного медицинского страхования и работающей круглосуточно (далее - информационный ресурс).

349. Страховые медицинские организации при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц вправе использовать любые способы связи в соответствии с

законодательством Российской Федерации.

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

351. Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется не реже одного раза в сутки в соответствии с установленным территориальным фондом графиком передачи информации медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

352. Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и территориальным фондом осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите персональных данных и иной конфиденциальной информации в соответствии с [частью 6 статьи 44](#) Федерального закона.

353. Страховая медицинская организация 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](#), в том числе своевременности проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий.

354. На информационном ресурсе формируется индивидуальная история:

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, в том числе информирование по спискам в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования (далее - индивидуальная история информирования застрахованных лиц);

других случаев информирования и сопровождения в предусмотренных законодательством и программами обязательного медицинского страхования случаях.

355. 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 и (или) его представителя (в том числе законного представителя) (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.

356. 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 обеспечивают территориальные фонды.

357. 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.

358. 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 обеспечивают территориальные фонды.

359. Территориальный фонд 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.

360. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, посредством государственной информационной системы обязательного медицинского страхования представляет в срок не позднее 16 декабря, предшествующего года на следующий календарный год:

- 1) сведения о застрахованных лицах, выбравших данную медицинскую организацию в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 2) планы-графики проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, на следующий 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;
- 3) сведения о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации на следующий календарный год;
- 4) график работы медицинской организации, в том числе отделений (кабинетов) для прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, а также выездных мобильных бригад с указанием графика и

адресов их работы.

361. Медицинские организации представляют указанную информацию в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования ²⁹.

362. В случае использования медицинской организацией в целях ведения персонифицированного учета региональной информационной системы обязательного медицинского страхования, медицинская организация обеспечивает последующую передачу таких сведений в государственную информационную систему обязательного медицинского страхования в соответствии с [порядком](#) информационного взаимодействия.

363. При представлении медицинской организацией в информационном ресурсе сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в соответствующей медицинской организации в установленный соответствующим порядком диспансерного наблюдения период, и планируемых сроках диспансерного наблюдения дополнительно к сведениям, установленным [пунктом 360](#) настоящих Правил, ежемесячно представляются следующие сведения:

1) диагноз заболевания по [МКБ](#), по поводу которого застрахованное лицо находится на диспансерном наблюдении;

2) дата включения застрахованного лица в группу диспансерного наблюдения;

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

4) фамилия, имя, отчество (при наличии) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера, выбранного застрахованным лицом в соответствии с законодательством об охране здоровья граждан;

5) 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 ³⁰, в том числе по проведению диспансерного наблюдения;

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

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

8) 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);

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

10) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий выдачу застрахованному лицу медицинским работником, указанным в [подпункте "д"](#) настоящего пункта настоящих Правил, 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;

ГАРАНТ:

По-видимому, в тексте предыдущего абзаца допущена опечатка. Вместо "подпункте "д"" имеется в виду "[подпункте 5](#)"

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

364. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в

амбулаторных условиях, ежемесячно в течение двух рабочих дней со дня окончания отчетного периода осуществляет обновление в информационном ресурсе сведений о застрахованных лицах:

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

2) начавших прохождение диспансеризации;

3) завершивших первый этап диспансеризации;

4) направленных на второй этап диспансеризации;

5) завершивших второй этап диспансеризации;

6) присвоенной группе здоровья по результатам прохождения диспансеризации.

365. 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.

366. 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.

367. Страховая медицинская организация получает и использует для информационного сопровождения данные о застрахованных лицах:

1) подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, диспансеризации и диспансерному наблюдению в текущем календарном году;

2) начавших прохождение диспансеризации;

3) завершивших первый этап диспансеризации;

4) направленных на второй этап диспансеризации;

5) завершивших второй этап диспансеризации;

6) прошедших профилактический медицинский осмотр, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения;

7) прошедших диспансерное наблюдение по каждому заболеванию, по которому застрахованное лицо подлежит диспансерному наблюдению.

368. Территориальный фонд в срок не позднее 30 декабря предшествующего 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. Данные сведения территориальный фонд размещает в информационном ресурсе. Далее ежемесячно не позднее 30 числа месяца (до 28-го для февраля), предшествующего периоду для информирования.

369. Страховая медицинская организация с учетом запланированного медицинской организацией плана-графика проведения профилактических осмотров, диспансеризации, и диспансерного наблюдения и имеющихся возможностей медицинской организации получает помесечные 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 помесечным спискам.

370. Информирование на предстоящий отчетный месяц проводится не позднее последнего дня месяца, предшествующему отчетному с учетом результатов информирования в

государственной информационной системе обязательного медицинского страхования с помощью автоматизированных каналов связи, а также имеющихся у страховой медицинской организации 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.

371. 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.

372. Страховые медицинские организации по результатам индивидуального информирования застрахованных лиц по спискам из региональной информационной системы обязательного медицинского страхования 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 о профилактических мероприятиях, в том числе 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.

373. Страховые медицинские организации размещают в информационном ресурсе результаты информирования не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за месяцем информирования.

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

1) выполнении объемов медицинской помощи, установленных

Комиссии в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией на осуществление медицинской деятельности медицинской организации;

2) количестве свободных койко-мест для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (далее - госпитализация) в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места;

3) 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);

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

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

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

375. 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.

376. Медицинская организация, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, включенную в территориальную 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.

377. При выдаче направления на госпитализацию в плановом порядке лечащий врач медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с [законодательством](#) об охране здоровья граждан, 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 в рамках территориальной программы с учётом утверждённой в субъекте Российской Федерации маршрутизацией.

378. 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.

Представители страховой медицинской организации 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 медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи 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.

379. 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 последующие 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.

380. Страховая медицинская организация на основании информации, полученной в соответствии с [пунктом 374](#) настоящих Правил в течение одного рабочего дня со дня ее получения, осуществляет мониторинг правильности направлений застрахованных лиц на госпитализацию в профильные медицинские организации.

381. Страховая медицинская организация на основании достоверной информации, полученной в соответствии с [пунктом 374](#) настоящих Правил, осуществляет анализ несостоявшихся госпитализаций застрахованных лиц.

382. При выявлении случаев нарушений, в том числе соблюдения сроков ожидания 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.

383. 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 планируемую дату госпитализации.

384. Страховая медицинская организация на основании сведений, полученных в соответствии с [пунктом 374](#) настоящих Правил, 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 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.

385. Страховая медицинская организация представляет в территориальный фонд отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи по форме, устанавливаемой Федеральным фондом в соответствии с [пунктом 6¹ части 8 статьи 33](#) Федерального закона.

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

387. 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. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации".