**О внесении изменений в Правила**

**обязательного медицинского страхования,**

**утвержденные приказом Министерства здравоохранения**

**и социального развития Российской Федерации**

**от 28 февраля 2011 г. № 158н**

П р и к а з ы в а ю:

Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н    
«Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный № 19998), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. № 897н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный № 21609),   
от 9 сентября 2011 г. № 1036н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный № 22053), приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. № 160н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный № 28480), от 21 июня 2013 г.   
№ 396н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации   
23 сентября 2013 г., регистрационный № 30004), от 20 ноября 2013 г. № 859ан (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный № 30489), от 6 августа 2015 г. № 536н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2015 г., регистрационный № 39119), согласно приложению.

Министр В.И. Скворцова

|  |
| --- |
| Приложение к приказу  Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ |

Изменения, которые вносятся в Правила обязательного медицинского

страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения   
и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н

1. Главу XV изложить в следующей редакции:

«XV. Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи

199. Страховая медицинская организация обеспечивает индивидуальное информирование и осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц путем взаимодействия через уполномоченное лицо по работе с застрахованными лицами, имеющее специальную профессиональную подготовку (далее – страховой представитель), и иных специалистов, обеспечивающих защиту прав и законных интересов застрахованных лиц.

Страховой представитель, в том числе по фактам обращений, осуществляет следующие функции:

оказывает консультативную помощь по вопросам права выбора (замены) и порядка выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача в соответствии с законодательством, режима работы медицинских организаций, получения полиса ОМС;

консультирует по вопросам получения различных видов медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования, нарушения прав граждан при оказании медицинской помощи, связанных с качеством, доступностью и своевременностью оказания медицинской помощи застрахованным лицам, взиманием платы за медицинские услуги, включенные в программу обязательного медицинского страхования;

осуществляет индивидуальное информирование застрахованных лиц о сроках прохождения диспансеризации и профилактических и иных медицинских осмотров (далее – профилактические мероприятия);

участвует в информационном сопровождении застрахованного лица при организации получения плановой медицинской помощи различных видов и условий ее оказания в установленные сроки;

организует работу по рассмотрению обращений (письменных, устных) застрахованных лиц;

принимает участие в разрешении спорных случаев и жалоб, связанных с доступностью и своевременностью оказания медицинской помощи застрахованным лицам, в том числе в целях подготовки и проведения медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи;

при обращении застрахованного лица осуществляет его информирование о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости в виде выписки на бумажном носителе, о результатах выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

проводит опросы застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи в медицинских организациях, в том числе о своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации профилактических мероприятий.

200. Информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости осуществляется также через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и/или территориальных фондов обязательного медицинского страхования путем создания личного кабинета пациента.

Форма информирования застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости устанавливается Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33 Федерального закона.

201. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России   
от 26.04.2012 № 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 21.05.2015, регистрационный № 24278) при осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому, а также 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, а также о выборе медицинской организации и принятии на медицинское обслуживание для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы.

202. Информационное сопровождение застрахованных лиц осуществляется на основе организованного территориальным фондом программного комплекса, связанного с информационными системами территориального фонда по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающего в круглосуточном бесперебойном режиме (далее – информационный ресурс).

202.1. Страховые медицинские организации и медицинские организации получают доступ к информационному ресурсу, вносят в него сведения и получают из него информацию, необходимую для осуществления информационного 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 территориальным фондом графиком передачи информации медицинских организаций и страховых медицинских организаций, а при наличии возможностей - в режиме реального времени.

202.2. Территориальный фонд обеспечивает наполнение информационного ресурса не позднее 2 рабочих дней с даты принятия Комиссией решений об установленных плановых объемах медицинской помощи для медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

202.3. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений:

- о выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией медицинской организации;

- о количестве свободных мест для плановой госпитализации в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с указанием даты освобождения места.

- о застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

- о застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

- о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, в том числе необоснованная из-за отсутствия медицинских показаний.

202.4. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений:

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

202.5. 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 по обязательному медицинскому страхованию, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, ведет учет информации:

- о количестве свободных мест для плановой госпитализации в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом даты освобождения места;

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

- о застрахованных лицах, госпитализированных в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи по направлениям в плановом порядке (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

- о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, в том числе необоснованная из-за отсутствия медицинских показаний.

202.6. 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 по обязательному медицинскому страхованию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях:

- о застрахованных лицах, получивших направление на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), включая дату госпитализации.

202.7. 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 по обязательному медицинскому страхованию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях:

- об объемах медицинской помощи и количестве свободных мест для плановой госпитализации в разрезе профилей (отделений) оказания медицинской помощи по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

- о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, в том числе необоснованная из-за отсутствия медицинских показаний.

202.8. Страховая медицинская организация в случае неявки застрахованного лица на плановую госпитализацию уточняет причины и, при необходимости, направляет информацию в медицинскую организацию, выдавшую направление на плановую госпитализацию, для изменения даты госпитализации застрахованного лица и информирует об этом застрахованное лицо в соответствии с контактной информацией, указанной в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации.

203. Страховая медицинская организация осуществляет индивидуальное информирование застрахованных лиц о сроках прохождения профилактических мероприятий в соответствии с контактной информацией, указанной в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации.

204. Медицинские организации предоставляют в территориальный фонд в срок не позднее 31 января текущего года, сведения о прикрепленных к ней застрахованных лицах, относящихся к возрастным группам, подлежащим профилактическим мероприятиям на текущий календарный год (далее - застрахованные лица, подлежащие профилактическим мероприятиям), для определения страховой принадлежности.

205. Медицинская организация направляет в страховые медицинские организации списки застрахованных лиц, подлежащих профилактическим мероприятиям, с учетом страховой принадлежности.

206. Страховая медицинская организация ведет учет застрахованных лиц, подлежащих профилактическим мероприятиям, и осуществляет в течение года публичное информирование застрахованных лиц о целях и задачах профилактических мероприятий, о порядке их проведения через размещение информации в сети «Интернет», публикации в СМИ, распространение брошюр и памяток, выступления в коллективах застрахованных.

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 оказании им медицинской помощи в территориальный фонд.

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