

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

№ 92-17

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

№ 163

ПРИКАЗ

от 25.05. 2017 года

Об утверждении Регламента взаимодействия Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. №158н, приказом ФФОМС от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», приказом ФФОМС от 11 мая 2016 г. №88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи», приказываю:

1. Утвердить Регламент взаимодействия Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи (далее - Регламент) согласно приложению №1.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики Асанова А.О. и заместителя директора по организации ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики Кульбаеву М.М.

Министр здравоохранения
Кабардино-Балкарской Республики


С.А. Расторгуева

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики


З.М. Бгажнокова

Приложение №1
к приказу Минздрава КБР
от «25» 05 2017 № 92-17
ТФОМС КБР
от «25» 05 2017 № 163

Регламент
взаимодействия Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской
Республики, Территориального фонда обязательного медицинского
страхования Кабардино-Балкарской Республики, страховых
медицинских организаций, медицинских организаций, осуществляющих
деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на
территории Кабардино-Балкарской Республики при осуществлении
информационного сопровождения застрахованных лиц при организации
оказания им медицинской помощи

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент взаимодействия Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики (далее – Минздрав КБР), Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики (далее – ТФОМС КБР), страховых медицинских организаций, медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики (далее – СМО, МО соответственно) при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях (далее – Регламент) разработан в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», разделом XV «Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011г. №158н, приказами ФФОМС от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», от 20 декабря 2013 г. №263 «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования», от 31 декабря 2013 г. №294 «Об утверждении формы отчетности», от 11 мая 2016 г. №88 «Об утверждении Регламента

взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи».

1.2. Настоящий Регламент устанавливает единые организационные принципы информационного взаимодействия между его участниками при осуществлении информационного взаимодействия застрахованных лиц при выборе застрахованным лицом или его законным представителем МО, в которую он направляется для оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

1.3. Участниками информационного взаимодействия застрахованных лиц при выборе застрахованным лицом или его законным представителем МО, в которую он направляется для оказания медицинской помощи в стационарных условиях являются ТФОМС КБР, СМО и МО.

1.4. Объем и содержание сведений необходимых для осуществления информационного взаимодействия формируются в соответствии с требованиями к составу информации в соответствии с приказом ФФОМС от 20 декабря 2013 г. №263.

1.5. Информационное сопровождение при реализации настоящего Регламента осуществляется в автоматизированной информационной системе ТФОМС КБР «Информационное сопровождение застрахованных лиц», интегрированной с информационными системами ТФОМС КБР по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведениях о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающей круглосуточно в режиме онлайн (далее – АИС). Инструкция по работе с системой размещается непосредственно в АИС.

1.6. Доступ МО и СМО к АИС предоставляется ТФОМС КБР и осуществляется посредством корпоративной сети передачи данных ТФОМС КБР, построенной на технологии защищенной среды передачи данных ViPNet.

1.7. Контроль работоспособности сетевого оборудования, защищенной сети ViPNet, в т.ч. абонентских пунктов сети ViPNet, предназначенных для информационного обмена, наличия доступа в сеть Интернет, осуществляется всеми участниками информационного обмена самостоятельно в рамках своей зоны ответственности. Участники информационного обмена самостоятельно в рамках своей зоны ответственности. Участники информационного обмена обязаны обеспечить бесперебойную работу указанного оборудования и программных средств.

1.8. Участники информационного взаимодействия приказами определяют лиц, уполномоченных на выполнение функций, определенных приказом ФФОМС от 20 декабря 2013 г. №263.

1.9. Предоставление доступа в АИС осуществляется ТФОМС КБР на основании приказов СМО, МО о назначении уполномоченных лиц.

2. Регламент сопровождения

2.1. СМО и МО получают доступ к АИС, и используют размещенную информацию для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях.

2.2. ТФОМС КБР, СМО, МО ежедневно обеспечивают контроль состояния АИС на основании отчета «Ключевые показатели».

2.3. СМО и МО ежедневно проводят анализ информации об очередности на госпитализацию, случаев несостоявшейся госпитализации и отказов в госпитализации (папки «Необработанные», «Аннулированные»), взаимодействуют с застрахованным лицом или с его законным представителем, в отношении которого госпитализация не состоялась, с целью оказания необходимой помощи.

2.4. МО, оказывающие стационарную медицинскую помощь (далее – МО (стац)), ежедневно проводят анализ использования коечного фонда и занятости коек на плановый период (10 дней).

2.5. СМО осуществляет:

2.5.1. Ежемесячную персонифицированную сверку сведений АИС с реестрами на оказанную медицинскую помощь по каждой МО, в разрезе профилей;

2.5.2. Мониторинг очередности и доступности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях;

2.5.3. Установление причин выявленных нарушений и принятие мер, направленных на их устранение;

2.5.4. Проведение анализа полученных данных, при выявлении отклонений – выяснение их причин;

2.5.5. Формирование и представление в ТФОМС КБР полученных результатов не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным;

2.6. Обмен информацией между участниками информационного взаимодействия осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите персональных данных и иной конфиденциальной информации.

Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется МО в режиме онлайн, при невозможности обновления данных в режиме онлайн – не реже одного раза в сутки в соответствии с установленным территориальным фондом графиком передачи информации медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

2.7. ТФОМС КБР обеспечивает внесение в информационный ресурс:

2.7.1. установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов предоставления медицинской помощи для МО и СМО не позднее 2 рабочих дней с даты принятия Комиссией решения о распределении (перераспределении) указанных объемов;

2.7.2. о коечном фонде (в разрезе профилей) не позднее 2 рабочих дней с даты предоставления МО в ТФОМС КБР соответствующей информации.

2.8. Внесение информации о неработающих койках по причине проведения ремонта, санитарной обработки помещений производится МО (стац) в АИС в течение одного рабочего дня с момента издания соответствующего приказа МО.

2.9. Планирование госпитализации осуществляется МО на 10 календарных дней от текущей даты.

2.10. МО (стац) обеспечивают формирование и своевременную актуализацию в АИС списка требуемых для госпитализации документов, результатов анализов, обследований и т.д. с указанием: срока действительности, вида предоставления документа (на бумажном носителе, в сканированном виде) и др.

2.11. МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее – МО (амб)), обеспечивают реализацию права застрахованного лица на выбор МО для плановой госпитализации в определенную МО (стац) с учетом желания застрахованного лица и установленных сроков ожидания, и знакомят его со сведениями, находящимися в АИС на момент выписки направления:

2.11.1. Перечнем МО (стац), оказывающих необходимую медицинскую помощь;

2.11.2. Датами возможной госпитализации;

2.11.3. Перечнем документов, требуемых для госпитализации в МО (стац).

Застрахованное лицо или его представитель осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи с занесением этих сведений в амбулаторную карту пациента.

2.12. Уникальный номер направления состоит из десяти знаков – шестизначного кода МО и номера по порядку (предыдущий номер +1). Нумерация начинается с «1» с даты первичной госпитализации с 01 января каждого года.

Номер генерируется автоматически, и отражается в журнале учета госпитализации МО.

2.13. МО (амб) присваивает уникальный номер только для направлений на госпитализацию для оказания медицинской помощи в плановом порядке

Направление, содержащее уникальный номер оформляется и выдается на руки пациенту.

2.14. При выписке направления врач МО (амб) предупреждает застрахованное лицо о возможности переноса даты госпитализации:

2.14.1. На более поздний срок по причине использования койки для экстренной госпитализации;

2.14.2. На более ранний срок в случае освобождения койки.

2.15. В случае выбора пациентом МО (стац), в которой на момент обращения в АИС срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок ожидания, установленный территориальной программой

ОМС (25 дней), врач МО (амб) оформляет в АИС направление на госпитализацию и информирует МО (стац) о постановке пациента на очередь ожидания госпитализации, делает соответствующую отметку в медицинской документации и обеспечивает дальнейшее согласование с пациентом даты и времени госпитализации.

2.16. Направление на оказание экстренной медицинской помощи осуществляется МО (амб) по оперативному согласованию с МО (стац). МО (амб) оформляет направление и выдает направление на руки пациенту. В АИС направление не формируется. МО (стац) оформляет госпитализацию в экстренном порядке в приемном покое при поступлении пациента.

2.17. В случае согласования перевода пациента в другую МО (стац), МО (стац), из которой осуществляется перевод, указывает в АИС дату окончания госпитализации, в МО (стац), в которую переводится пациент, формируется госпитализация с новым номером.

В случае перевода пациента в другое отделение (за исключением перевода из реанимации), в АИС МО (стац) оформляется госпитализация в другое отделение в неотложной или экстренной форме. В отделении, из которого переводится пациент, указывается дата выписки и заполняется поле «Движение пациента».

2.18. В случае экстренной госпитализации пациента, не прикрепленного ни к одной МО (амб), сведения о госпитализации учитывает и контролирует соответствующая СМО.

2.19. В случае отсутствия сведений о пациенте при экстренной госпитализации, в АИС в сведениях об экстренной госпитализации в поле «Фамилия» указывается «Неизвестный». Поля, содержащие сведения, идентифицирующие гражданина и СМО, не заполняются.

При получении идентификационных сведений о пациенте, как застрахованном по ОМС, осуществляется заполнение данных в АИС в установленном порядке.

При установлении статуса гражданина, как не подлежащего ОМС, в АИС в день получения сведений проставляется дата выбытия, в дополнительном поле «причины выбытия» указывается причина – «не подлежит ОМС».

2.20. В случае переноса согласованного срока госпитализации соответствующая МО (амб) или МО (стац) указывает причину переноса из списка причин: «По инициативе пациента», «Представлен неполный пакет требуемых документов», «Экстренная занятость койки», «Другие». Причину «Другие» необходимо расшифровать.

2.21. При госпитализации пациента врач отделения МО (стац) определяет дату окончания лечения и отражает срок лечения в АИС. В случае уточнения даты в процессе лечения врач обеспечивает ее своевременную актуализацию.

2.22. В случае освобождения койки ранее запланированной (указанной в информационном ресурсе) даты окончания лечения пациента, врач МО

(стац) может пригласить на госпитализацию застрахованное лицо из списка лиц, в порядке очередности пациентов.

2.23. В случае фактического использования плановых коек для госпитализации застрахованных лиц по экстренным или неотложным показаниям, МО (стац) обеспечивает информирование лиц, ранее запланированных на госпитализацию с установленной датой и соответствующую МО (амб), согласовывает перенос госпитализации и отражает его в установленном порядке в АИС.

2.24. В случае отсутствия возможности передачи информации в АИС в установленное время:

2.24.1. МО обеспечивает информирование о ситуации СМО и ТФОМС КБР;

2.24.2. МО (амб) обеспечивает согласование плановых госпитализаций с соответствующими МО (стац);

2.24.3. МО (стац) обеспечивает учет госпитализаций в ручном режиме. При получении возможности передачи сведений, они передаются в АИС в полном объеме за весь период отсутствия передачи информации.

3. Требования к составу информации

Сокращения:

- О – Обязательное поле.
- У – Условное поле.
- МО – Медицинская организация.
- СМО – Страховая медицинская организация.
- МО амб – Медицинская организация оказывающая мед. помощь в амбулаторных условиях.
- МО стац – Медицинская организация оказывающая мед. помощь в условиях дневного или круглосуточного стационара.

Таблица 1. Состав сведений о направлении на госпитализацию пациента.

Наименование	Обязательность	Доп. информация
Номер направления	О	Уникальный номер направления в пределах Кабардино-Балкарской Республики. Формируется автоматически.
Дата направления	О	Дата направления пациента заполняется МО амб.
Статус направления	О	Статус направления заполняется МО стац. Принимаемые значения: 1. в ожидании (по умолчанию); 2. госпитализирован; 3. выписан; 4. отказ;
Дата переноса срока госпитализации	У	Заполняется МО стац при изменении срока госпитализации
Причины переноса госпитализации	У	Заполняется в случае переноса согласованного срока госпитализации с

		указанием следующих причин: «По инициативе пациента», «Представлен неполный пакет требуемых документов», «Экстренная занятость койки», «Другие». Причину «Другие» необходимо расшифровать
Дата госпитализации	У	Заполняется МО стац при фактической госпитализации пациента по данному направлению с указанием даты госпитализации.
Дата выписки	У	Заполняется МО стац в случае, если пациент был госпитализирован и выписан.
Дата отказа в госпитализации	У	Заполняется МО стац в случае, если пациенту по какой-либо причине было отказано в госпитализации.
Причина отказа в госпитализации	У	Поле заполняется МО стац в случае, если пациенту по какой-либо причине было отказано в госпитализации и может принимать следующие значения: 1. Неявка пациента 2. Отсутствие медицинских показаний 3. Отказ от госпитализации, инициированный пациентом 4. Смерть 5. Отказ МО стац по причине не предоставления необходимых документов 6. Прочее
Результат госпитализации	У	* Заполняется МО стац в соответствии с V009
Исход госпитализации	У	* Заполняется МО стац в соответствии с V012
Код МКБ	О	Заполняется МО амб в соответствии с МКБ - 10
Фамилия	О	Фамилия пациента заполняется МО амб
Имя	О	Имя пациента заполняется МО амб
Отчество	У	Отчество пациента заполняется МО амб
Дата рождения	О	Дата рождения пациента заполняется МО амб
Пол пациента	У	* Заполняется МО амб в соответствии с V005
Страховая мед. организация		* СМО , в которой застрахован пациент

		Заполняется МО амб в соответствии с F002
Телефонный номер	У	Телефонный номер пациента, направляемого на госпитализацию. Заполняется МО амб при наличии.
МО, направившая на госпитализацию пациента	О	* Заполняется автоматически в соответствии с F003
МО в которую направляется на госпитализацию пациент	О	* Заполняется МО амб в соответствии с F003
Профиль койки		* Заполняется МО амб в соответствии с V002
Отделение дневного или круглосуточного стационара МО, куда был направлен пациент	О	Значение поля заполняется МО исходя из данных об отделениях МО стац , заполненных в соответствии с Таблицей 2.
Признак проведенного МЭЭ и ЭКМП	У	Заполняется СМО , если по случаю госпитализации была проведена МЭЭ и ЭКМП. Принимаемое значение 1

Таблица 2. Состав сведений о наличии свободных коек в **МО стац**.

(Информация предоставляется медицинскими организациями, в структуре которых есть койки дневного и/или круглосуточного стационара)

Наименование	Обязательность	Доп. информация
Наименование отделения	О	Уникальное наименование отделения в пределах МО стац
Профиль отделения	О	* Заполняется МО стац в соответствии с V002
Общее количество коек в отделении	О	Общее количество коек в отделении МО стац
Количество свободных коек	О	Количество свободных коек в отделении МО стац
Количество коек занятых экстренными больными	О	Количество коек зарезервированных для экстренных больных МО стац
Количество зарезервированных коек	У	Количество зарезервированных коек в отделении МО стац для госпитализации плановых больных с ранее выданными направлениями
Количество занятых коек	О	Количество занятых коек в отделении МО стац

* В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС».

4. Заключительные положения

4.1. Руководители МО обеспечивают предоставление в ТФОМС КБР сведений об изменении коечного фонда (в разрезе профилей) в течение 3 (трех) рабочих дней с момента издания правового акта Минздрава КБР и/или МО, изменения в коечный фонд (сокращение, перепрофилирование коек, в том числе с двух сторон в период эпидемиологического сезона ОРВИ, преобразования круглосуточных коек в койки дневного пребывания).

4.2. Участники информационного взаимодействия несут ответственность за достоверность сведений, вносимых в АИС, в соответствии с действующим законодательством.

4.3. Участники информационного взаимодействия осуществляют обмен информацией, с соблюдением установленных действующим законодательством требований к защите персональных данных.