

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
N 237-П**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
N 325**

**ПРИКАЗ**  
от 11.10. 2019 года

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТОВ  
ИНФОРМАЦИОННОГО 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 КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ИНФОРМАЦИОННОГО  
СОПРОВОЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ  
ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА  
ТЕРРИТОРИИ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ И ПРИ  
ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ  
УСЛОВИЯХ И УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

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 Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н **п р и к а з ы в а е м:**

1. Утвердить Регламент информационного 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 прохождения профилактических мероприятий (приложение № 1).

2. Утвердить Регламент информационного 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 оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара (приложение № 2).

### 3. Правовые основания утверждения Регламентов

Регламенты информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи на территории Кабардино-Балкарской Республики разработаны во исполнение:

- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 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»;

- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 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»;

- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»

- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого

населения»;

- приказа Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

- приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;

- Постановления Правительства КБР от 21.12.2018 № 258-ПП «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Кабардино-Балкарской Республике медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

- Методических рекомендаций по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, направленных письмом ФФОМС от 25.06.2018 № 6696/30-2/5564;

- Методических рекомендаций по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание, и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания (вместе с «Пособием по применению регламента деятельности страхового представителя 3 уровня»), направленных письмом ФФОМС от 30.08.2018 № 10868/30/и.

#### 4. Признать утратившими силу:

- приказ Минздрава КБР № 281-П, ТФОМС КБР № 319 от 12.11.2018 «Об утверждении Регламентов информационного 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 Кабардино-Балкарской Республики при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации прохождения профилактических мероприятий на территории Кабардино-Балкарской Республики и при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара»;

- приказ Минздрава КБР № 100-П, ТФОМС КБР № 124 от 18.04.2019 «Об утверждении Регламента взаимодействия Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики, при информационном сопровождении

застрахованных лиц на этапе осуществления диспансерного наблюдения».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики Т.В. Аникушину и заместителя директора по организации ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики М.М. Кульбаеву.

Министр здравоохранения  
Кабардино-Балкарской Республики

М.Б. Хубиев

Директор Территориального фонда  
Обязательного медицинского страхования  
Кабардино-Балкарской Республики

З.М. Бгажнокова

---

Заместитель директора  
по организации ОМС

М.М. Кульбаева

И.о.начальника УП и КО

А.Р. Дзуев

Начальник отдела ООМС, МТВ и  
взаимодействия со СМО

Е.В. Мозокова

Начальник отдела И и ИАО

А.К. Шаов

Приложение № 1  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Кабардино-Балкарской Республики № 237 -П  
Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Кабардино-Балкарской Республики № 3025  
от 11.10. 2019 года

**РЕГЛАМЕНТ  
ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ  
ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ  
ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОХОЖДЕНИЯ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ТЕРРИТОРИИ  
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**1. Предмет и сфера применения Регламента**

1) Регламент информационного 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 прохождения профилактических мероприятий (далее – Регламент профмероприятий) определяет правила, принципы и основные процедуры, связанные с процессами приема, обработки и передачи информации в электронной форме по телекоммуникационным каналам связи между участниками обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики (далее соответственно - участники информационного обмена, ОМС), в рамках информационного сопровождения при организации прохождения застрахованными лицами (далее - ЗЛ) профилактических мероприятий на территории Кабардино-Балкарской Республики (далее - информационное сопровождение).

2) Сформулированные в рамках Регламента профмероприятий требования, принципы информационного взаимодействия и описанные форматы являются обязательными для всех участников информационного обмена.

## 2. Цели утверждения Регламента профилактических мероприятий

Регламент профилактических мероприятий разработан в целях:

- повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов ЗЛ в сфере обязательного медицинского страхования при организации прохождения ЗЛ профилактических мероприятий на территории Кабардино-Балкарской Республики;
- обеспечения контроля объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики;
- создания условий для обеспечения гарантий прав ЗЛ на бесплатное предоставление медицинской помощи надлежащего качества и объема в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования на соответствующий финансовый год;
- разграничения зон ответственности участников информационного обмена при обеспечении информационного сопровождения;
- определения перечня информационных объектов, расписания и способов организации информационного сопровождения.

## II. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Информационное сопровождение ЗЛ - информирование ЗЛ страховыми представителями всех уровней на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Индивидуальное информирование - персонализированное информационное сопровождение конкретного ЗЛ.

Профилактические мероприятия - проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках базовой программы за счет средств обязательного медицинского страхования.

Администратор Контакт-центра - работник Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, назначенный приказом директора ТФОМС КБР, осуществляющий контроль и анализ работы с обращениями граждан, поступившими по телефону, разработку предложений и мероприятий, направленных на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи, эффективной работы страховых медицинских организаций.

Оператор 1 уровня - специалист Контакт-центра («Горячая линия»), непосредственно осуществляющий работу (сканирование входящих звонков,

переадресация, фиксирование) с устными обращениями граждан, поступившими по телефону, в соответствии со стандартами обслуживания по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера (типовые вопросы).

Оператор 2 уровня - специалист ТФОМС КБР, деятельность которого направлена на предоставление информации по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера, принятие мер в случае неудовлетворенности застрахованных лиц доступностью и качеством медицинской помощи в медицинских организациях, а также работой страховых медицинских организаций.

Страховой представитель - уполномоченное лицо страховой медицинской организации, которое осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по обращениям застрахованных.

Страховой представитель 1 уровня (далее - СП 1 уровня) - специалист Контакт-центра («Горячей линии») страховой медицинской организации, прошедший подготовку на базе страховой медицинской организации, предоставляющий по устным обращениям граждан информацию по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера (типовые вопросы) и осуществляющий маршрутизацию вопросов, требующих рассмотрения иными специалистами.

Страховой представитель 2 уровня (далее - СП 2 уровня) - специалист страховой медицинской организации, прошедший специальную подготовку на базе высшего учебного заведения по утвержденной программе с получением подтверждающего документа, деятельность которого направлена на организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, на защиту прав и законных интересов застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования лиц.

Страховой представитель 3 уровня (далее - СП 3 уровня) - специалист-эксперт страховой медицинской организации или эксперт качества медицинской помощи, прошедший на базе высшего учебного заведения специальную подготовку по соответствующей программе с получением подтверждающего документа, деятельность которого направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия их информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи.

### **III. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

1. Информационное взаимодействие при осуществлении информационного сопровождения - процесс обмена информацией между участниками ОМС Кабардино-Балкарской Республики осуществляется с использованием информационного ресурса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики (далее – ИР ТФОМС КБР) как непосредственно с использованием Web-интерфейса, доступного по защищенным каналам связи, а также в виде обмена электронными файлами, направляемыми с использованием защищенных каналов связи.

2. Доступ участников информационного обмена к ИР ТФОМС КБР предоставляется ТФОМС КБР при условии соблюдения требований законодательства Российской Федерации в области защиты конфиденциальной информации.

3. Передача сведений, содержащих персональные данные, осуществляется только с использованием защищенных в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в области защиты конфиденциальной информации каналов передачи данных, а именно через информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» использованием СКЗИ (VipNet).

4. По открытым каналам связи при необходимости и (или) в случае отсутствия технической возможности использования защищенных каналов связи передается только информация, не содержащая персональных данных - обезличенная информация.

### **IV. ЭТАПЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

#### **1. Направление и обработка файлов**

1.1. Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики (далее – Минздрав КБР) размещает на своих официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» информацию о медицинских организациях, в которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, включая диспансеризацию.

1.2. Минздрав КБР после согласования с медицинскими организациями сферы ОМС КБР утверждает план-график проведения профилактических мероприятий (диспансеризации и профилактических медицинских осмотров) на следующий календарный год с помесечной разбивкой и направляет его по электронной почте в срок до 1 декабря текущего года в медицинские организации и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС КБР).



1.3. Минздрав КБР обеспечивает контроль за организацией и проведением медицинскими организациями диспансерного наблюдения.

1.4. Медицинская организация (далее – МО), оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, средствами ИР ТФОМС КБР представляет в ТФОМС КБР не позднее 15 декабря текущего года:

1) сведения о лицах, из числа выбравших МО для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий в соответствии с планами проведения профилактических мероприятий на следующий календарный год, в том числе:

- списки ЗЛ, подлежащих прохождению диспансеризации раз в 3 года;
- списки ЗЛ, подлежащих прохождению ежегодной диспансеризации;
- списки ЗЛ, подлежащих прохождению профилактического медицинского осмотра;
- списки ЗЛ, подлежащих диспансерному наблюдению в следующем календарном году;

2) планы-графики проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, и 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, также планы-графики проведения диспансерных осмотров на следующий календарный год с ежемесячной разбивкой;

3) график работы МО, 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 адресов их работы.

1.5. МО обеспечивает возможность записи для прохождения ЗЛ профилактических мероприятий посредством интернет-обращения, при личном обращении в поликлинику или по телефонной связи.

1.6. При представлении МО в ИР ТФОМС КБР сведений о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации в текущем календарном году, и планируемых сроках диспансерного наблюдения дополнительно к сведениям, установленным пунктом 1.4., представляются следующие сведения:

1) диагноз заболевания, по поводу которого застрахованное лицо находится под диспансерным наблюдением;

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) код медицинского работника, осуществляющего диспансерное наблюдение застрахованного лица в выбранной им медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи: врача-терапевта (участкового, общей практики), врача-специалиста (по профилю заболевания застрахованного лица), врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики, врача (фельдшера) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, фельдшера фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения;

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

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

7) 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);

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

9) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий выдачу застрахованному лицу врачом - терапевтом 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;

10) результат диспансерного приема (осмотра, консультации) (по факту обращения), отражающий прекращение диспансерного наблюдения.

1.7. МО ведет учет граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, и обеспечивает планирование проведения их диспансерного наблюдения работниками МО, руководствуясь порядками оказания медицинской помощи по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний) и стандартам медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии со статьей 37

Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения), разрабатываемыми и утверждаемыми медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, с учетом состояния здоровья гражданина, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).

Обеспечивает (при необходимости) не позднее 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом, актуализацию (добавление/удаление) сведений на основании информации о гражданах, впервые взятых на диспансерный учет по результатам диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения, проведенных в текущем календарном году, а также информации, поступившей о лицах, подлежащих взятию на диспансерное наблюдение в связи с выявленными заболеваниями в рамках первичной медико-санитарной помощи и после получения специализированной медицинской помощи (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи в стационарных условиях при впервые диагностированном или уточненном заболевании, включенном в Перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом, включая рекомендуемые длительность и периодичность диспансерного наблюдения, утвержденный приказом Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

1.8. ТФОМС КБР в течение пяти рабочих дней с момента предоставления МО сведений в соответствии с пунктами 1.4. и 1.6. на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированную обработку полученных от МО сведений, в целях:

- идентификации страховой принадлежности ЗЛ, включенных МО в списки для проведения профилактического медицинского осмотра, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения;

- проверки соответствия прикрепления лиц, включенных в списки, к данной МО для оказания первичной медико-санитарной помощи.

Протоколы автоматизированной обработки полученных от МО сведений направляются в МО средствами ИР ТФОМС КБР.

1.9. МО в течение пяти рабочих дней с момента получения протокола средствами ИР ТФОМС КБР вносит необходимые корректировки в сведения, представленные в соответствии с пунктами 1.4. и 1.6., и направляет в СМО с учетом результатов идентификации сведения о лицах, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения на текущий календарный год, распределенные поквартально с учетом имеющихся возможностей медицинской организации для самостоятельного выполнения работ (услуг), необходимых для проведения профилактических мероприятий в

полном объеме, или привлечения для выполнения некоторых видов работ (услуг) иных медицинских организаций на основании заключенного договора;

1.10. СМО проводят сверку полученных от МО сведений (соответствие контрольной суммы файла от МО с контрольной суммой в ИР ТФОМС КБР) и посредством ИР ТФОМС КБР присваивают сведениям статус «окончательный».

1.11. МО посредством ИР ТФОМС КБР ежемесячно актуализирует и представляет СМО сведения о лицах, включенных в списки для проведения профилактического медицинского осмотра I этапа диспансеризации, взятых на диспансерный учет.

МО ежемесячно направляет в информационный ресурс сведения о застрахованных лицах, направленных на II этап диспансеризации, перечне дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами, назначенных застрахованным лицам к выполнению на II этапе диспансеризации для уточнения диагноза заболевания, а также сведения о застрахованных лицах, направленных на диспансерное наблюдение.

1.12. МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в целях оптимизации потока застрахованных лиц, подлежащих профилактическим мероприятиям, предоставляет СМО не позднее 25 декабря текущего года и в дальнейшем актуализирует не позднее 3-ех рабочих дней с момента изменения:

- график работы МО при проведении профилактических мероприятий;
- порядок маршрутизации ЗЛ при проведении профилактических мероприятий;
- телефон ответственного лица МО, отвечающего за эффективное взаимодействие со СМО.

1.13. СМО получает сведения, внесенные каждой МО в ИР ТФОМС КБР срок не позднее 30 декабря текущего календарного года, о лицах из числа выбравших данную МО для оказания первичной медико-санитарной помощи, в отношении которых планируется осуществление профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения в очередном календарном году, в том числе поквартально, а также о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации в текущем календарном году: фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения, номер полиса.

1.14. СМО в случае невыполнения МО обязательств по своевременному предоставлению сведений о лицах, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий и их помесечном распределении, а также ежемесячной актуализации указанных сведений информирует ТФОМС КБР о перечне МО, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки.

1.15. ТФОМС КБР консолидирует информацию, полученную от СМО о предоставлении МО сведений о лицах, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий, и направляет его Минздрав КБР в электронном виде для принятия управленческих решений.

1.16. Минздрав КБР при внесении изменений в план профилактических мероприятий на текущий календарный год в течение 10 дней направляет его в МО и ТФОМС КБР.

1.17. Руководитель МО несет персональную ответственность за предоставление достоверной информации сведений, размещаемой на ИР ТФОМС КБР в установленные Регламентом сроки по спискам и планам проведения профилактических мероприятий.

## **2. Индивидуальное информирование застрахованных лиц**

В соответствии со статьей 14 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» СМО, осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

2.1. СМО осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их 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 Кабардино-Балкарской Республики, режиме их работы;

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

3) порядке получения полиса;

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 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 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).

2.2. МО безвозмездно предоставляет СМО 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.

2.3. 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 СМО, осуществляется страховым представителем СМО, являющимся специалистом контакт-центра.

2.4. Работа с обращениями граждан, обеспечение организации информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, формирование списков лиц, подлежащих диспансеризации и лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, 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, подготовка предложений для МО по организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации осуществляются страховым представителем СМО.

2.5. 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 сопровождение

застрахованных лиц по результатам профилактических медицинских осмотров и 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 СМО, являющимся специалистом-экспертом.

2.6. Информирование застрахованных лиц и их законных представителей о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости (далее - информация) осуществляется в электронном виде через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) по запросу, а также через официальные сайты при условии прохождения застрахованным лицом процедуры идентификации и аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.7. Застрахованное лицо имеет возможность получить доступ к сведениям об обращениях за получением медицинской помощи в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

2.7.1. Информация в личном кабинете на официальном сайте должна отображаться в доступной, наглядной, понятной форме, при этом обеспечиваются открытость, актуальность, полнота, достоверность информации, простота и понятность восприятия информации.

2.7.2. Информация отображается в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) на русском языке. В личном кабинете на официальном сайте информация может быть отображена также на государственных языках республик, входящих в состав Российской Федерации.

2.7.3. Отображенная в личном кабинете на официальном сайте информация должна быть доступна пользователям для ознакомления круглосуточно без взимания платы и иных ограничений.

2.7.4. Информация отображается в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) или в личном кабинете на официальном сайте, в том числе в форме электронного образа документа и должна содержать интерактивные элементы формы обратной связи с указанием контактных данных пользователя (адрес электронной почты, телефон), позволяющие подать обращение, в том числе жалобу, по конкретному случаю оказания медицинской помощи.

2.7.5. Обращение по конкретному случаю оказания медицинской помощи, сформированное посредством интерактивной формы обратной связи личного кабинета официального сайта или личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) (далее - обращение), направляется в ФОМС КБР по месту страхования заявителя.

2.7.6. Уведомление о результате рассмотрения обращения, подписанное усиленной квалифицированной электронной подписью ответственного лица ТФОМС КБР, направляется пользователю через личный кабинет Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) или личный кабинет официального сайта в срок, установленный законодательством Российской Федерации. Уведомление о результате рассмотрения обращения направляется также на адрес электронной почты пользователя.

2.7.7. Отображение информации в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) и в личном кабинете официального сайта и ее обновление обеспечивается в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к обработке персональных данных.

2.7.8. В личном кабинете официального сайта или личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) должна отображаться информация, содержащая:

- 1) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 2) номер полиса;
- 3) сведения о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 4) контактные данные страхового представителя первого уровня; телефон «горячей линии» контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования;
- 5) сведения о МО, выбранной застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи;
- 6) сведения о субъекте Российской Федерации, в котором оказана медицинская услуга;
- 7) наименование медицинской организации, оказавшей медицинские услуги застрахованному лицу;
- 8) сведения о виде оказанной медицинской помощи;
- 9) информацию об условиях оказания медицинских услуг;
- 10) наименование медицинской услуги;
- 11) дату начала оказания медицинской услуги;
- 12) дату окончания оказания медицинской услуги;
- 13) сведения о стоимости медицинских услуг, оказанных застрахованному лицу в медицинской организации за указанный период, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

2.8. Технические и программные средства, которые используются для функционирования личного кабинета официального сайта, должны обеспечивать:

- 1) доступ к размещенной в личном кабинете официального сайта информации



без использования программного обеспечения, установка которого на технические средства пользователя информации требует заключения лицензионного или иного соглашения с правообладателем программного обеспечения, предусматривающего взимание с пользователя информации платы;

2) защиту информации от несанкционированного уничтожения, модификации и блокирования доступа к ней, а также иных неправомерных действий в отношении ее;

3) возможность копирования информации из личного кабинета официального сайта на резервный носитель, обеспечивающий ее восстановление.

2.9. СМО проводит опросы застрахованных лиц и их законных представителей о доступности и качестве медицинской помощи в медицинских организациях.

Формы опросов о доступности медицинской помощи в медицинских организациях, а также формы информирования застрахованных лиц и их законных представителей о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости устанавливаются Федеральным фондом в соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2.10. МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени по рабочим дням осуществляет обновление в ИР ТФОМС КБР сведений о ЗЛ:

1) прошедших профилактический медицинский осмотр, в том числе 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.

СМО не позднее трех рабочих дней после индивидуального информирования ЗЛ осуществляет размещение сведений об указанном информировании в информационном ресурсе.

2.11. СМО ведет учет ЗЛ:

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

- 2) начавших проходить диспансеризации;
- 3) завершивших первый этап диспансеризации;
- 4) направленных на второй этап диспансеризации;
- 5) завершивших второй этап диспансеризации;

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

СМО осуществляет в течение года публичное информирование ЗЛ о целях и задачах профилактических осмотров, в том числе диспансеризации, и порядке их проведения через публикации в средствах массовой информации, распространение брошюр и памяток, выступления в коллективах ЗЛ, через размещение информации на официальном сайте, а также индивидуальное информирование ЗЛ о праве прохождения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации и диспансерного наблюдения.

2.12. СМО в целях индивидуального информирования ЗЛ о прохождении профилактических мероприятий средствами ИР ТФОМС КБР представляют в территориальный фонд сведения о застрахованных лицах:

- 1) даты первичного и повторного информирования СМО ЗЛ, находящегося под диспансерным наблюдением, и не прошедшего диспансерный прием (осмотр, консультацию) на момент осуществления информирования, о необходимости прохождения диспансерного осмотра в текущем году в установленные сроки;
- 2) способ первичного и повторного информирования СМО ЗЛ.

2.13. Страховой представитель ежемесячно осуществляет информирование ЗЛ, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризации или диспансерному наблюдению в текущем году, в том числе лиц, не прошедших данные мероприятия, или законных представителей застрахованных лиц о возможности прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации или диспансерного приема (осмотра, консультации). Каждое ЗЛ, включенное в список для прохождения профилактических мероприятий, информируется один раз и один раз повторно, при неявке на профилактические мероприятия.

2.14. При индивидуальном информировании СМО ЗЛ допускается информирование посредством:

- SMS-сообщений;
- сообщений на электронную почту;
- телефонной связи;
- почтовой связи;

- иными общедоступными способами (мессенджеры).

2.15. СМО представляет в ТФОМС КБР отчет об информационном сопровождении ЗЛ при оказании им медицинской помощи по форме, устанавливаемой Федеральным фондом № 326-ФЗ в соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33 Федерального закона.

СМО ежеквартально, в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, информирует ТФОМС КБР о результатах привлечения ЗЛ к прохождению профилактических мероприятий, а также данные телефонных опросов ЗЛ о результатах их прохождения.

2.16. СМО осуществляет досудебную защиту прав ЗЛ.

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

2.17. СМО обеспечивает контроль за соблюдением прав ЗЛ, 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 своевременность проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий.

СМО на ИР ТФОМС КБР формирует индивидуальную историю страховых случаев ЗЛ 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, в соответствии с требованиями пособия по применению регламента деятельности страхового представителя 3 уровня, прописанного в письме ФФОМС от 30.08.2018 № 10868/30/и <О направлении Методических рекомендаций по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание, и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания>.

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

- 1) единый номер полиса ЗЛ;

- 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 лечения в условиях стационара и дневного стационара;
- 6) даты начала и окончания оказания медицинской помощи;
- 7) о диагнозах основном и сопутствующим по МКБ-10;
- 8) результаты обращения за медицинской помощью;
- 9) сведения о диспансерном наблюдении.

Данные сведения формируются в хронологической последовательности по датам оказания законченных случаев лечения и/или медицинских услуг.

При реализации ЗЛ выбора (замены) СМО в связи с изменением места жительства, полноту формирования полной индивидуальной истории страховых случаев ЗЛ лица с онкологическим заболеванием обеспечивают территориальные фонды.

### **3. Деятельность страховых представителей**

#### **3.1. Деятельность страхового представителя 1-го уровня**

СП 1 уровня осуществляет телефонные опросы ЗЛ в целях уточнения своевременности исполнения МО мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выясняя причины отказов от них, в количестве не менее 0,5% от числа лиц, прошедших профилактические мероприятия по данным реестров-счетов и 0,5% от числа лиц, не прошедших профилактические мероприятия в отчетном квартале по каждой МО.

#### **3.2. Деятельность страхового представителя 2-го уровня**

МО обеспечивает доступ СП 2 уровня в медицинскую организацию для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи.

СП 2-го уровня при информационном сопровождении ЗЛ при организации и прохождении профилактических мероприятий осуществляет следующие функции:

- содействует привлечению застрахованных лиц, включенных МО в списки, к прохождению профилактических мероприятий, в том числе организует их индивидуальное информирование в письменной или иных формах о возможности прохождения профилактических мероприятий в текущем квартале (месяце) в МО, к которой они прикреплены;

- ежеквартально (ежемесячно) по итогам квартала (месяца) организует ведение учета ЗЛ, включенных МО в списки, к прохождению профилактических мероприятий, но не обратившихся в МО для их прохождения, в том числе для телефонных опросов данных ЗЛ СП 1 уровня;

- анализирует данные телефонных опросов, результаты опроса СМО доводит до руководителей ТФОМС КБР, МЗ КБР;

- на основании результатов профилактических мероприятий, отраженных в реестрах-счетов, ежемесячно ведет учет застрахованных лиц:

а) не прошедших предусмотренные профилактические мероприятия;

б) подлежащих и отказавшихся от прохождения профилактических мероприятий или от прохождения 2 этапа диспансеризации;

в) подлежащих взятию на диспансерное наблюдение.

СП 2 уровня организует в последующие периоды повторное информирование ЗЛ о необходимости прохождения профилактических мероприятий, в том числе с изменением каналов информирования при необходимости, контроль полноты охвата профилактическими мероприятиями ЗЛ и своевременности его проведения, в том числе:

- факты обращений ЗЛ в МО по реестрам счетов, предъявленных к оплате;

- при отсутствии информации об обращении в МО в течение 3 месяцев после завершения 1 этапа диспансеризации организует информирование ЗЛ о необходимости обращения в МО для проведения дальнейших профилактических мероприятий в рамках 2 этапа диспансеризации;

- осуществляет анализ работы МО по показателю полноты охвата в 3-месячный срок 2 этапом диспансеризации и не отказавшихся от него.

Данные о присвоенной группе здоровья и выявленных хронических заболеваниях, полученные СП 2 уровня, подлежат сохранению на информационном ресурсе, доступ к которому имеют СП 3 уровня.

### 3.3. Деятельность страхового представителя 3-го уровня

СП 3 уровня:

- в автоматическом режиме осуществляет отбор случаев для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской

помощи,

- осуществляет информирование ЗЛ по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи,

- контролируют фактическое потребление ЗЛ объемов медицинской помощи в медицинских организациях, анализирует своевременность диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам диспансеризации, и организует их индивидуальное информирование (при наличии согласия) о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению.

#### **4. Обработка результатов индивидуального информирования**

4.1. ТФОМС КБР обрабатывает информацию, полученную от СМО и направляет ее в МЗ КБР для принятия необходимых решений (изменения графика работы МО, формирования мобильных бригад, проведения разъяснительной работы с руководителями организаций и предприятий о необходимости беспрепятственного предоставления работникам возможности прохождения профилактических мероприятий и др.).

4.2. ТФОМС КБР ежемесячно осуществляет контроль информирования СМО ЗЛ, подлежащих профилактическим мероприятиям и предоставления в ФФОМС отчетных сведений.

Приложение № 2  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Кабардино-Балкарской Республики № 237 -П  
Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Кабардино-Балкарской Республики № 3025  
от 11.10. 2019 года

**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  
ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ  
ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ  
УСЛОВИЯХ И УСЛОВИЯХ  
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящий Регламент информационного 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 оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара (далее – Регламент госпитализации) устанавливает единые организационные принципы информационного взаимодействия между его участниками при осуществлении информационного сопровождения ЗЛ при выборе ЗЛ или его законным представителем МО, в которую он направляется для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.

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

1.3. Информационное взаимодействие при реализации настоящего Регламента госпитализации - процесс обмена информацией между участниками

ОМС Кабардино-Балкарской Республики осуществляется с использованием информационного ресурса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики (далее – ИР ТФОМС КБР) как непосредственно с использованием Web-интерфейса, доступного по защищенным каналам связи, а также в виде обмена электронными файлами, направляемыми с использованием защищенных каналов связи.

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

1.5. 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 обязаны обеспечить бесперебойную работу указанного оборудования и программных средств.

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

## **2. Регламент сопровождения**

2.1. СМО и МО получают доступ к ИР ТФОМС КБР, и используют размещенную информацию для осуществления информационного сопровождения ЗЛ при оказании им медицинской помощи в условиях дневного или круглосуточного стационара.

Информационное сопровождение ЗЛ осуществляется на основе ИР ТФОМС КБР, интегрированного с информационными системами ТФОМС КБР по персонализированному учету сведений о ЗЛ и сведений о медицинской помощи, оказанной ЗЛ, работающего круглосуточно.

Обновление данных в ИР ТФОМС КБР осуществляется не реже одного раза в сутки в соответствии с установленным территориальным фондом графиком передачи информации медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

2.2. ТФОМС КБР, СМО, МО ежедневно обеспечивают контроль состояния ИР ТФОМС КБР 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 ЗЛ или с его законным представителем, в отношении которого госпитализация не состоялась, с целью оказания необходимой помощи.

2.4. При выдаче направления на госпитализацию в плановом порядке лечащий врач обязан информировать ЗЛ 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. На основании указанной информации застрахованное лицо или его законный представитель осуществляет выбор медицинской организации для оказания ему специализированной медицинской помощи, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации: 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» и от 21.12.2012 № 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».

2.5. ТФОМС КБР обеспечивает внесение в ИР ТФОМС КБР информации об установленных Комиссией объемах предоставления медицинской помощи для МО и СМО не позднее двух рабочих дней с даты принятия Комиссией решений о распределении (перераспределении) указанных объемов и в разрезе отделений и профилей коек.

В случаях принятия Комиссией решений по корректировке объемов медицинской помощи, установленных для МО или СМО, актуализация сведений в РИ осуществляется территориальным фондом не позднее двух рабочих дней с даты принятия Комиссией решений.

2.6. МО, 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 ИР ТФОМС КБР за истекшие сутки о:

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

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

3) ЗЛ, госпитализированных за день по направлениям, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее - талон на оказание

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

4) ЗЛ, госпитализированных в экстренном порядке;

5) ЗЛ, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

2.7. МО, 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 ЗЛ за истекшие сутки, получивших направление в МО на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации.

2.8. МО, 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 в целях настоящих Правил - 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.

2.9. СМО осуществляет контроль выполнения МО 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 после размещения МО на ИР ТФОМС КБР 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 организации и проведения контроля.

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

2.10. СМО ежедневно по состоянию на 09.00 часов местного времени по каждой МО, 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) ЗЛ, получивших направление в выбранную МО на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации;

3) ЗЛ, 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.

2.11. СМО на основании информации, полученной в соответствии с пунктом 2.10., в течение одного рабочего дня осуществляет контроль правильности направлений ЗЛ на госпитализацию в профильные МО.

2.12. При выявлении случаев нарушений соблюдения сроков госпитализации, профиля госпитализации и уровня МО СМО информирует руководителя МО и Минздрав КБР, о фактах непрофильной госпитализации и при необходимости принимает меры по переводу пациента в другую МО соответствующего профиля и имеющую оснащение в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

2.13. СМО ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую МО, 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.

2.14. СМО ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует каждую МО, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской

помощи, оказывающую первичную медико-санитарную помощь и/или специализированную медицинскую помощь:

1) об объемах медицинской помощи и количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) оказания медицинской помощи по каждой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

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

2.14. В случае отсутствия сведений о пациенте при экстренной госпитализации в ИР ТФОМС КБР 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 ИР ТФОМС КБР в установленном порядке.

При установлении статуса гражданина, как не подлежащего ОМС, в ИР ТФОМС КБР в день получения сведений проставляется дата выбытия, в дополнительном поле "причины выбытия" указывается причина - "не подлежит ОМС".

2.15. 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.

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

2.17. 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.

2.18. 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 ИР ТФОМС КБР.

### 3. Требования к составу информации

Сокращения:

- О - обязательное поле
- У - условное поле
- МО - медицинская организация
- СМО - страховая медицинская организация
- МО (амб) - медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях
- МО (стац) - медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в условиях дневного или круглосуточного стационара.

Таблица 1. Состав сведений о направлении на госпитализацию пациента.

Наименование	Обязательность	Дополнительная 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 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 медицинская 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	О	<*> Заполняется автоматически в

на госпитализацию пациента		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

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	Дополнительная 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	О	Количество коек, зарезервированных для экстренных больных МО (стац)

экстренными больными		
Количество зарезервированн х 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 07.04.2011 № 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).

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

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