

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
N 281-17

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
N 319

ПРИКАЗ
от 12.11.2018 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 2010г. № 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 2011г. №158н, приказом ФФОМС от 7 апреля 2011г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», во исполнение Методических рекомендаций по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, направленных письмом ФФОМС от 25.06.2018г. № 6696/30-2/5564, 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 прохождения профилактических мероприятий (приложение №1).

2. 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

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

3. Совместные приказы Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики от 25.05.2017 г. №№ 92-П/163 «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» и от 13.06.2017 г. №№ 107-П/189 «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 Кабардино-Балкарской Республики при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на этапе организации и проведения профилактических мероприятий считать утратившими силу.

4. 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

Приложение 1
к приказу МЗ КБР
от 12.11.18 г. № 281-17

ТФОМС КБР
от 12.11.18 г. № 319

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. Основания утверждения Регламента

Настоящий Регламент информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации прохождения профилактических мероприятий на территории Кабардино-Балкарской Республики (далее - Регламент) разработан 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 и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
- Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Кабардино-Балкарской Республике медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной постановлением Правительства Кабардино-Балкарской Республики от 29.12.2017 № 244-ПП;
- Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.04.2011 № 364;
- 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 26.10.2017 г. № 869н «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

– приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»;

– 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»;

– 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.

2. Предмет и сфера применения Регламента

1. Регламент 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 требования, принципы информационного взаимодействия и описанные форматы являются обязательными для всех участников информационного обмена.

3. Цели утверждения Регламента

Регламент разработан в целях:

- повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования при организации прохождения застрахованными лицами 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 застрахованных лиц 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 застрахованных лиц - информирование застрахованных лиц страховыми представителями всех уровней на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Индивидуальное информирование - персонализированное информационное сопровождение конкретного застрахованного лица.

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 с использованием информационного ресурса (далее-ИР) 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 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 КБР после согласования с медицинскими организациями сферы ОМС КБР утверждает план-график проведения профилактических мероприятий на следующий календарный год с ежемесячной разбивкой и направляет его по электронной почте в срок до 1 декабря текущего года в МО и ТФОМС КБР.

1.2. МО в формате данных, установленных Приказом ФФОМС № 79, формирует и направляет в ТФОМС КБР не позднее 15 декабря текущего года 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 диспансеризации раз в 2 года,
- списки ЗЛ, подлежащих прохождению профилактического осмотра,
- списки ЗЛ, подлежащих прохождению диспансеризации ежегодно.

МО при формировании планов проведения профилактических мероприятий в МО на текущий календарный год учитывает:

- пол;
- возраст;
- дату рождения ЗЛ;
- сезонность;
- графики отпусков медицинского персонала (в том числе учебных).
- графики выездов мобильных бригад и/или сроки доставки ЗЛ, проживающих в отдаленных районах, транспортными средствами.

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

Руководитель медицинской организации несет ответственность за достоверность информации, вносимой в планы проведения профилактических мероприятий.

1.3. МО в целях оптимизации потока застрахованных лиц, подлежащих профилактическим мероприятиям, предоставляет СМО не позднее 31 января текущего года и в дальнейшем актуализирует по мере необходимости:

- график работы МО при проведении профилактических мероприятий,
- порядок маршрутизации ЗЛ при проведении профилактических мероприятий,

- телефон ответственного лица МО, отвечающего за эффективное взаимодействие со СМО.

1.4. ТФОМС КБР в течение 5 рабочих дней с момента предоставления МО сведений осуществляет их автоматизированную обработку в целях:

- идентификации страховой принадлежности ЗЛ, включенных МО в списки для проведения профилактических мероприятий,
- подтверждения прикрепления ЗЛ к данной МО.

Протоколы автоматизированной обработки ТФОМС КБР направляет в МО.

1.5. МО в течение 5 рабочих дней с момента получения протокола вносит необходимые корректировки в сведения по прикрепленному контингенту и направляет в СМО с учетом результатов идентификации сведения о лицах:

- включенных в списки для проведения профилактических мероприятий на текущий календарный год, распределенные ежемесячно с учетом имеющихся возможностей 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 основе заключенного договора,
- подлежащих диспансерному наблюдению в текущем календарном году с ежемесячной их разбивкой в разрезе терапевтических участков медицинских организаций, осуществляющих диспансерное наблюдение.

1.6. СМО в случае невыполнения МО обязательств по своевременному предоставлению сведений о лицах, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий и их ежемесячном распределении, информирует ТФОМС КБР о перечне МО, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки.

1.7. ТФОМС КБР обрабатывает информацию, полученную от СМО, и не позднее 25 декабря текущего года направляет его МЗ КБР в электронном виде для принятия управленческих решений.

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

1.9. МО не позднее 1 числа месяца отчетного квартала (ежемесячно) осуществляет актуализацию сведений о лицах, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий, и представляет данные в СМО.

2. Индивидуальное информирование застрахованных лиц.

2.1. СМО осуществляет индивидуальное информирование застрахованных лиц, включенных МО в списки для проведения профилактических мероприятий на первый квартал текущего года не позднее 15 рабочих дней с момента получения от МО необходимых сведений, включенных в последующие отчетные кварталы (месяцы) - в течение 15 рабочих дней первого месяца отчетного квартала (ежемесячно).

2.2. При индивидуальном информировании СМО ЗЛ допускается информирование посредством:

- SMS-сообщений;
- сообщений на электронную почту;
- телефонной связи;
- почтовой связи;
- иными общедоступными способами (мессенджеры).

2.3. СМО ежедневно вносит в ИР данные об оповещении ЗЛ о необходимости прохождения ими профилактических мероприятий.

2.4. 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.

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 застрахованных лиц, 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 профилактических мероприятий,
- 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 осуществляют 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 застрахованными лицами 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 Минздрава КБР
от «12» 11 2018 № 281-11
ТФОМС КБР
от «12» 11 2018 № 319

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 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 информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара (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 на всех этапах оказания им медицинской помощи» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011г. №158н, приказами ТФОМС 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 31 декабря 2013 г. №294 «Об утверждении формы отчетности», от 25 июня 2018 г. №6696/30-2/5564 «Методические рекомендации по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи».

1.2. Настоящий Регламент устанавливает единые организационные принципы информационного взаимодействия между его участниками при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при

выборе застрахованным лицом или его законным представителем МО, в которую он направляется для оказания медицинской помощи в стационарных УСЛОВИЯХ или условиях дневного стационара.

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 или условиях дневного стационара, являются ТФОМС КБР, СМО и МО.

1.4. 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.

1.5. 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.

1.6. 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.

1.7. 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 условиях дневного или круглосуточного стационара.

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 медицинскую помощь в стационарных условиях или условиях дневного стационара (далее – МО стац)) осуществляют:

2.4.1. ежедневный анализ использования коечного фонда и занятости коек на плановый период (10 дней);

2.4.2. внесение информации о коечном фонде (в разрезе профилей) и актуализация сведений при их изменении в срок не позднее 2 рабочих дней с даты изменений;

2.4.3. 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;

2.4.4. планирование госпитализации на 10 календарных дней от текущей даты.

2.5. 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:

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

2.5.2. Датами возможной госпитализации.

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

МО (амб) предоставляет информацию о перечне документов, требуемых для госпитализации в МО (стац).

2.6. 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.

2.7. 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.

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

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

2.8.2. На более ранний срок в случае освобождения койки.

2.9. 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.

2.10. СМО осуществляет:

2.10.1. Мониторинг очередности и доступности медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного и круглосуточного стационаров, своевременности плановых госпитализаций;

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

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

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

2.11. ТФОМС КБР обеспечивает внесение в информационный ресурс 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.

2.12. 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.

2.13. 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.

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

2.14. 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».

2.15. 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 АИС. 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 АИС.

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

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

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

2.19.3. 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: <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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.

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

Количество занятых коек	0	направлениями	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).

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.