

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З № 39

г. Петропавловск-Камчатский

31.03.2017 года

О порядке информационного взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае

В целях совершенствования информационного взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в Камчатском крае (далее – Порядок) согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

2. Начальникам отделов территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края, руководителям страховых медицинских организаций и медицинских организаций обеспечить информационное сопровождение застрахованных лиц согласно прилагаемому Порядку.

3. Признать утратившим силу приказ территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края № 1 от 09.01.2014 «Об информационном взаимодействии участников системы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора Александрович Н. Н.

Директор



В.А. Шитов

Приложение № 1 к приказу
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Камчатского края
от 31.03.2017 № 39

Порядок
взаимодействия участников системы обязательного медицинского
страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц
на всех этапах оказания им медицинской помощи в Камчатском крае

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок разработан на основании Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказов 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 обязательного медицинского страхования», от 20.12.2013 № 263 «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования», от 11.05.2016 № 88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи», от 31.12.2013 № 294 «Об утверждении формы отчетности».

1.2. Участниками взаимодействия при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в Камчатском крае (далее – информационное сопровождение) являются страховые медицинские организации (далее – СМО), медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края (далее – МО) и территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края (далее - ТФОМС).

1.3. Информационный обмен между участниками, указанными в пункте 1.2 настоящего Порядка, осуществляется на основе организованного ТФОМС информационного ресурса, работающего в круглосуточном режиме и связанного с информационными системами ТФОМС персонифицированного

учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

2. Информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара

2.1. В целях обеспечения информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им специализированной помощи и первичной специализированной помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара ТФОМС предоставляет доступ на официальном сайте ТФОМС в сети Интернет страховым представителям 2 и 3 уровней СМО и уполномоченным должностным лицам МО.

Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется не реже одного раза в сутки в соответствии с установленным ТФОМС графиком передачи информации МО и СМО, а при наличии возможностей - в режиме реального времени.

Участники взаимодействия вносят в информационный ресурс сведения и получают из него информацию, необходимую для осуществления информационного сопровождения.

2.2. МО ежедневно до 09.00 часов местного времени размещают на официальном сайте ТФОМС в сети Интернет следующие сведения об оказываемой в рамках территориальной программы ОМС медицинской помощи в формате CSV с соблюдением требований, изложенных в разделе 1 приложения к настоящему Порядку:

2.2.1. МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, размещают следующие сведения о направлении застрахованных лиц для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара (по состоянию на 20.00 часов предшествующего дня):

| № столбца | Наименование | Дополнительная информация |
|-----------|-----------------------------------|---|
| 1 | Уникальный номер направления | 18-тизначный уникальный номер направления формируется путем последовательного указания в цифровом формате без разделителей и пробелов реестрового номера направившей организации, двухзначного кода подразделения, оформившего направление, даты оформления направления (ДДММГГГГ), двухзначного порядкового номера направления |
| 2 | Форма оказания медицинской помощи | 1 – плановая 2 – неотложная |
| 3 | Реестровый номер | |

| | | |
|----|---|--|
| | медицинской организации, куда направлен на госпитализацию пациент | |
| 4 | Условие оказания медицинской помощи | 1- круглосуточный стационар 2 - дневной стационар |
| 5 | Код профиля отделения | В соответствии со справочником V002, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| 6 | Реестровый номер страховой медицинской организации | |
| 7 | Код субъекта, в котором застрахован гражданин | Код субъекта по ОКАТО |
| 8 | Код основного диагноза по МКБ-10 | |
| 9 | Плановая дата госпитализации | В формате ДДММГГГГ |
| 10 | Пол | 1 – мужской 2 – женский |
| 11 | Дата рождения | В формате ДДММГГГГ |

2.2.2. МО, оказывающие медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, размещают следующие сведения (по состоянию на 08.00 часов текущего дня) согласно таблицам 1, 2:

Таблица 1 «Сведения о госпитализации по направлению (в том числе при переводе из других медицинских организаций и в рамках одной медицинской организации)»

| № столбца | Наименование | Дополнительная информация |
|-----------|-----------------------------------|---|
| 1 | Уникальный номер направления | 18-тизначный уникальный номер направления формируется путем последовательного указания в цифровом формате без разделителей и пробелов реестрового номера направившей организации, двухзначного кода подразделения, оформившего направление, даты оформления направления (ДДММГГГГ), двухзначного порядкового номера направления |
| 2 | Форма оказания медицинской помощи | 1 – плановая 2 – неотложная |

| | | |
|----|--|--|
| 3 | Реестровый номер медицинской организации, в которую госпитализирован пациент | |
| 4 | Условие оказания медицинской помощи | 1- круглосуточный стационар 2 - дневной стационар |
| 5 | Код профиля отделения | В соответствии со справочником V002, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| 6 | Реестровый номер страховой медицинской организации | |
| 7 | Код субъекта, в котором застрахован гражданин | Код субъекта по ОКАТО |
| 8 | Пол | 1 – мужской 2 – женский |
| 9 | Дата рождения | В формате ДДММГГГГ |
| 10 | Код основного диагноза по МКБ-10 по направлению | |
| 11 | Код диагноза по МКБ-10 приемного отделения | |
| 12 | Дата фактической госпитализации | В формате ДДММГГГГ |
| 13 | № карты стационарного больного | |

Таблица 2 «Общие сведения о госпитализации»

| № столбца | Наименование | Дополнительная информация |
|-----------|--|--|
| 1 | Реестровый номер медицинской организации, оказывающей стационарную помощь | |
| 2 | Текущая дата | В формате ДДММГГГГ |
| 3 | Условие оказания медицинской помощи | 1- круглосуточный стационар 2 - дневной стационар |
| 4 | Профиль отделения | В соответствии со справочником V002, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| 5 | Количество застрахованных по ОМС граждан, госпитализированных в экстренном порядке | Заполняется по каждому профилю отделения |

| | | |
|----|---|--|
| 6 | Состояло пациентов на 08.00 часов текущего дня – всего по профилю отделения | Заполняется по каждому профилю отделения |
| 7 | Выбыло, планируется к выписке на текущий день – всего по профилю отделения | Заполняется по каждому профилю отделения |
| 8 | Планируется госпитализация (направлений на госпитализацию) на текущий день – всего по профилю отделения | Заполняется по каждому профилю отделения |
| 9 | Количество свободных коек на текущий день (с учетом плановой госпитализации) – всего, в том числе | Заполняется по каждому профилю отделения |
| 10 | Мужские | |
| 11 | Женские | |
| 12 | Детские | |

2.3. МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в условиях круглосуточного и дневного стационаров, помимо информации, указанной в пункте 2.2 настоящего Порядка по запросу СМО или ТФОМС предоставляют персонифицированные сведения о застрахованных лицах, получивших направление на госпитализацию.

Указанные сведения направляются в электронном виде с соблюдением требований по защите конфиденциальной информации.

2.4. СМО на основании информации, доступ к которой предоставлен ТФОМС, ежедневно до 10.00 часов местного времени направляют следующие сведения в формате CSV:

а) уполномоченным лицам МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях - сведения о числе свободных мест для госпитализации в плановой и неотложной форме, а также о средних сложившихся сроках ожидания указанного вида помощи в разрезе отделений по каждой МО, об аннулировании направлений, выданных данной МО. В случае, когда объемы стационарной медицинской помощи выполнены в 100% объеме от утвержденных показателей в целом по МО либо по отдельным профилям отделений в рамках территориальной программы ОМС, сведения об указанных МО (профилях отделений) не направляются;

б) уполномоченным лицам МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационаров - сведения о количестве выданных по состоянию на 20.00 часов предшествующего дня направлений на госпитализацию в соответствующую МО по профилям отделений с указанием, в том числе, сроков госпитализации.

2.5. Страховой представитель 2 уровня СМО при обращении застрахованных лиц оказывает консультативную помощь по вопросам:

получения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, и первичной специализированной помощи в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы ОМС;

права выбора МО при получении специализированной и первичной специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара в плановом порядке.

Страховой представитель 2 уровня на основании сведений, внесенных в информационный ресурс о застрахованных лицах, направленных на госпитализацию, по факту госпитализации осуществляет мониторинг очередности и доступности медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационаров, своевременности и профильности плановой госпитализации. Информация о выявленных нарушениях, в том числе непрофильных госпитализациях, передается страховому представителю 3 уровня.

Страховой представитель 3 уровня на основании сведений, полученных от страхового представителя 2 уровня, осуществляет взаимодействие с МО для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение.

Страховой представитель 2 уровня на основании сведений, внесенных в информационный ресурс, анализирует информацию о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, уточняет у застрахованного лица причины несостоявшейся госпитализации, при необходимости направляет информацию в МО, выдавшую направление на плановую госпитализацию, для изменения даты госпитализации застрахованного лица и информирует об этом застрахованное лицо.

Информация о случаях несостоявшейся госпитализации по причине отсутствия медицинских показаний передается страховому представителю 3 уровня, который систематизирует полученную информацию и готовит предложения о необходимости проведения тематических экспертиз в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Страховой представитель 3 уровня при наличии обращений застрахованных лиц:

участвует в оперативном разрешении спорных ситуаций, возникающих в момент госпитализации, путем взаимодействия с уполномоченными должностными лицами МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационаров;

организует экспертизу оказания медицинской помощи в момент получения медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров для контроля доступности медицинской помощи, соответствия условий ее оказания установленным показателям, соблюдения прав пациента.

В случае обращения застрахованного лица (законного представителя) в СМО по поводу отказа от госпитализации, в случае смерти застрахованного лица (по данным РС ЕРЗ), при получении сведений от МО об аннулировании направления на госпитализацию СМО вносит сведения об аннулировании

направления на госпитализацию на официальный сайт ТФОМС в формате CSV:

| № столбца | Наименование | Дополнительная информация |
|-----------|--|--|
| 1 | Уникальный номер направления | 18-тизначный уникальный номер направления формируется путем последовательного указания в цифровом формате без разделителей и пробелов реестрового номера направившей организации, двухзначного кода подразделения оформившего направление, даты оформления направления (ДДММГГГГ), двухзначного порядкового номера направления |
| 2 | Источник аннулирования | 1 – страховая медицинская организация; 2 – медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях; 3 – медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях |
| 3 | Реестровый номер источника аннулирования | |
| 4 | Причина аннулирования | 1 – неявка пациента на госпитализацию; 2 – непредоставление необходимого пакета документов (отказ медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях); 3 – инициативный отказ от госпитализации пациентом; 4 – смерть; 5 – прочие |

2.6. СМО обеспечивают ежемесячный мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, а также контроль за своевременностью госпитализации в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.12.2013 № 294 «Об утверждении формы отчетности».

3. Информационное сопровождение застрахованных лиц при организации прохождения профилактических мероприятий

3.1. Информационное сопровождение застрахованных лиц при прохождении профилактических мероприятий осуществляется в порядке, утверждаемом Министерством здравоохранения Камчатского края и ТФОМС.

Формат данных, содержащих сведения о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, определен разделом 2. приложения к настоящему Порядку.

4. Ответственность участников

4.1. Участники взаимодействия несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за:

разглашение персональных и других сведений, составляющих охраняемую законом тайну, ставших известными в ходе информационного взаимодействия;

непредставление информации и непринятие мер, необходимых для разрешения спорных ситуаций.

Приложение
к порядку взаимодействия
участников системы обязательного
медицинского страхования при
информационном сопровождении
застрахованных лиц на всех этапах
оказания им медицинской помощи
в Камчатском крае

1. Требования к CSV-файлам

К CSV-файлам, которые используются при обмене, предъявляются следующие требования.

1. При кодировании файла следует использовать кодовую страницу Windows-1251.

2. Строки файла (начиная с первой строки и до конца файла) содержат данные со значениями атрибутов.

3. Значения атрибутов должны следовать строго в том порядке, который задан для конкретного сообщения.

4. Значения отделяются друг от друга знаком «точка с запятой» (";" код 5910). Каждое отдельное значение должно быть взято в кавычки с обеих сторон (код 3410).

5. Значения, помеченные как необязательные, могут отсутствовать. Если значение отсутствует, то на его месте следует вставить очередную точку с запятой (кавычки в таком случае не требуются).

2. Формат и структура файла со сведениями о лицах, включенных в списки для проведения диспансеризации взрослого населения

Формат файла - MS Excel,

Имя файла со сведениями формируется по следующему принципу:

DPPiNiPpNr_YYQ.XLS, где

DP – признак файла,

Pi – параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Ni – номер источника (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pp – параметр, определяющий организацию-получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Np – номер получателя (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры года,

Q – порядковый номер квартала.

Например, DPM410011S41001_171.XLS – файл со сведениями о лицах, включенных в списки для проведения диспансеризации в ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатская городская поликлиника № 1» в первом квартале 2017 г., направленный в Камчатский филиал АО «СОГАЗ-Мед».

Структура файла

| Наименование столбца | Содержание |
|----------------------|--|
| FAM | Фамилия застрахованного лица |
| IM | Имя застрахованного лица |
| OT | Отчество застрахованного лица |
| W | Пол застрахованного лица (1-мужской, 2-женский) |
| DR | Дата рождения застрахованного лица (ГГГГММДД) |
| ENP | Единый номер полиса ОМС |
| Q | Реестровый номер СМО |
| SPOL | Серия полиса ОМС старого образца |
| NPOL | Номер полиса ОМС старого образца или серия и номер временного свидетельства либо бланка полиса единого образца (без пробелов). |
| LPU | Реестровый номер МО |
| LPUDT | Дата прикрепления к МО (ГГГГММДД) |
| LPUAUTO | Способ прикрепления (1- по месту регистрации, 2- по личному заявлению) |
| SS_DOCTOR | СНИЛС медицинского работника, к которому прикреплен застрахованный (без разделителей) |
| DSTOP | Дата прекращения действия полиса (ГГГГММДД) |
| AGE | Возраст застрахованного лица (полное количество лет на конец текущего года) |
| PHONE | Телефон застрахованного лица |
| REASON | Причина отклонения (заполняется ТФОМС/СМО) |