



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

ПРИКАЗ № 484 / 132

г. Петропавловск-Камчатский

«24» 12 2018

Об утверждении регламента взаимодействия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских организаций, территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края и Министерства здравоохранения Камчатского края при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на этапе диспансерного наблюдения

В целях повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования, достижения оптимального результата при осуществлении диспансерного наблюдения, своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации, а также повышения доступности и качества медицинских услуг в Камчатском крае

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить регламент взаимодействия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских организаций, территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края и Министерства здравоохранения Камчатского края при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на этапе диспансерного наблюдения (далее - Регламент) согласно приложению.

2. Медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, страховым медицинским организациям, территориальному фонду обязательного медицинского страхования Камчатского края, Министерству здравоохранения Камчатского края назначить лиц, ответственных за реализацию настоящего Регламента.

И.о. Министра
здравоохранения
Камчатского края



М.В. Волкова

Врио директора
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Камчатского края



Н.Н. Александрович

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Камчатского края
и территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Камчатского края
от «27» 12 2018 № 787

Регламент
взаимодействия медицинских организаций, оказывающих
первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских
организаций, территориального фонда обязательного медицинского
страхования Камчатского края и Министерства здравоохранения
Камчатского края при осуществлении информационного сопровождения
застрахованных лиц на этапе диспансерного наблюдения

1. Настоящий Регламент разработан в целях реализации Порядка проведения диспансерного наблюдения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1344н и XV главы Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н (ред. от 11.01.2017) (далее - Правила ОМС).

2. Настоящим Регламентом устанавливается порядок взаимодействия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских организаций, территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края и Министерства здравоохранения Камчатского края при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе диспансерного наблюдения.

3. Под диспансерным наблюдением для целей настоящего Регламента понимается осуществление диспансерного наблюдения согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 №1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения», источником финансового обеспечения которых являются средства обязательного медицинского страхования (далее - диспансерное наблюдение). Перечень заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-терапевтом, включая рекомендуемые длительность и периодичность диспансерного наблюдения, определены в приложении к Порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 №1344н.

4. Информационное сопровождение застрахованных лиц осуществляется на основе программного комплекса территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края (далее - территориальный

фонд), интегрированного с информационными системами территориального фонда по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающего круглосуточно в режиме онлайн (далее - информационный ресурс).

5. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (далее – медицинские организации) и страховые медицинские организации осуществляют информационное взаимодействие на информационном ресурсе с соблюдением требований по защите персональных данных и в формате, установленном 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 обязательного медицинского страхования», приказом территориального фонда от 18.12.2017 №143 «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае».

6. Участники взаимодействия размещают на информационном ресурсе следующие сведения о лицах, подлежащих диспансерному наблюдению:

1) фамилия, имя, отчество (заполняется медицинской организацией);
2) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (заполняется медицинской организацией);

3) диагноз заболевания, по которому застрахованное лицо состоит на диспансерном наблюдении (заполняется медицинской организацией);

4) код медицинского работника, осуществляющего диспансерное наблюдение застрахованного лица в выбранной им для получения первичной медико-санитарной помощи медицинской организации: 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, в установленном порядке (заполняется медицинской организацией, проверяется территориальным фондом по данным регионального сегмента регистра);

5) сроки (календарный месяц) проведения диспансерного приема, запланированные медицинским работником, осуществляющим диспансерное наблюдение (заполняется медицинской организацией);

6) место проведения диспансерного приема: медицинская организация или на дому (в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций) (заполняется медицинской организацией);

7) код страховой медицинской организации, которая осуществляет в отношении застрахованного лица обязательства по обязательному медицинскому страхованию (заполняется территориальным фондом);

8) даты первичного и повторного информирования страховой медицинской организацией застрахованного лица, находящегося под диспансерным наблюдением, и не прошедшего диспансерный осмотр на момент осуществления информирования, о необходимости прохождения диспансерного осмотра в текущем году в установленные сроки (заполняется страховой медицинской организацией);

9) способ первичного и повторного информирования страховой медицинской организацией застрахованного лица (заполняется страховой медицинской организацией);

10) дата посещения/обращения застрахованного лица медицинской организации для прохождения диспансерного осмотра (заполняется медицинской организацией по факту обращения);

11) результат диспансерного осмотра (заполняется медицинской организацией по факту обращения), отражающий:

- выдачу застрахованному лицу врачом-терапевтом направления для консультации или диспансерного наблюдения врачом-специалистом данной или другой медицинской организации, в том числе специализированного вида, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания гражданина, в случае отсутствия такого врача - специалиста в медицинской организации;

- снятие с диспансерного учета /прекращение диспансерного наблюдения по основаниям, предусмотренным нормативными правовыми актами.

7. Министерство здравоохранения Камчатского края обеспечивает организацию и проведение диспансерного наблюдения.

8. Медицинская организация:

8.1. ведет учет граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, и обеспечивает планирование проведения их диспансерного наблюдения работниками медицинской организации, 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);

8.2. на основании планов проведения диспансерного наблюдения граждан, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации, в срок 20 декабря текущего года обеспечивает размещение на информационном ресурсе персонифицированных списков граждан, подлежа-

щих диспансерному наблюдению в следующем календарном году, с месячной их разбивкой в разрезе медицинских работников медицинской организации, осуществляющих диспансерное наблюдение;

8.3. ежемесячно, в срок до 1 числа каждого месяца обеспечивает (при необходимости) актуализацию персонифицированных списков граждан, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем календарном году, 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 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;

8.4. утверждает приказом руководителя уполномоченное лицо для взаимодействия со страховой медицинской организацией;

8.5. для актуализации сведений, указанных в пункте 8.2, осуществляет информационное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями через уполномоченного руководителя медицинской организации медицинского работника;

9. Территориальный фонд осуществляет контроль представления персонифицированных списков граждан, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем календарном году, на информационном ресурсе и информирует Министерство здравоохранения Камчатского края о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки для принятия управленческих решений.

10. Территориальный фонд в течение 3 рабочих дней с момента предоставления медицинской организацией сведений, на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций списков в целях:

1) идентификации застрахованных лиц, включенных в списки по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, и определения страховой медицинской организации, ответственной за информирование лиц о необходимости прохождения диспансерного осмотра,

2) подтверждения прикрепления указанных застрахованных лиц к данной медицинской организации.

Протоколы автоматизированной обработки полученных от медицинских организаций сведений направляются в медицинские организации средствами информационного ресурса.

11. Медицинская организация в течение 3 рабочих дней с момента получения протокола от территориального фонда вносит необходимые кор-

ректировки в сведения по прикрепленному контингенту и направляет в страховые медицинские организации с учетом результатов идентификации сведения о лицах, включенных в персонифицированные списки граждан, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем календарном году, распределенные ежемесячно с учетом имеющихся возможностей для самостоятельного выполнения работ (услуг), необходимых для проведения диспансерного наблюдения в полном объеме, или привлечения для выполнения некоторых видов работ (услуг) иных медицинских организаций на основании заключенного договора.

12. Медицинская организация предоставляет возможность записи для прохождения пациентами диспансерного приема посредством интернет-обращения, при личном обращении гражданина в поликлинику (регистратуру или посредством информационного киоска самообслуживания) или по телефонной связи (многоканальный телефон, выделение отдельного номера) и информирует страховую медицинскую организацию через уполномоченного медицинского работника о существующих способах записи пациентов на диспансерный прием.

13. Страховая медицинская организация контролирует фактическое потребление застрахованными лицами, включенными в списки для диспансерного наблюдения, объемов медицинской помощи в МО, анализирует своевременность диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам диспансеризации, и осуществляет их индивидуальное информирование о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению.

14. Страховая медицинская организация осуществляет индивидуальное информирование (посредством SMS-сообщений, электронным сообщением, телефонной, почтовой связи) находящихся под диспансерным наблюдением застрахованных лиц о сроках проведения диспансерных осмотров, утвержденных планом, с указанием контактной информации медицинской организации, в которой застрахованный гражданин получает первичную медико-санитарную помощь:

- о необходимости прохождения диспансерного осмотра в текущем году (первичное приглашение);

- напоминание о необходимости прохождения диспансерного осмотра (повторное приглашение).

15. Страховая медицинская организация не позднее трех рабочих дней с даты индивидуального информирования застрахованных лиц осуществляет размещение сведений о направлении приглашений на информационном ресурсе.

16. Территориальный фонд осуществляет контроль предоставления страховой медицинской организацией информации согласно пункту 15 на информационном ресурсе, а также контроль (не реже 1 раза в месяц) информирования граждан страховой медицинской организацией.

17. Страховая медицинская организация:

17.1. ведет по данным оплаченных реестров-счетов в разрезе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, учет застрахованных лиц, впервые взятых на диспансерный учет по результатам диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения, проведенных в текущем календарном году, или подлежащих взятию на диспансерное наблюдение, в том числе после получения специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи в стационарных условиях;

17.2. направляет списки застрахованных лиц, сформированные в соответствии с пунктом 17.1 в медицинские организации, к которым они прикреплены для оказания первичной медико-санитарной помощи, ежемесячно в срок до 23 числа текущего месяца и контролирует своевременность актуализации медицинскими организациями сведений о лицах, дополнительно подлежащих включению в списки для вызова на диспансерный осмотр на основании направленной информации;

17.3. информирует территориальный фонд о неисполнении медицинской организацией обязательств в части актуализации сведений о лицах, дополнительно подлежащих включению в списки для вызова на диспансерный осмотр.

18. Территориальный фонд осуществляет контроль актуализации медицинской организацией персонифицированных списков граждан, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем календарном году, на информационном ресурсе и информирует Министерство здравоохранения Камчатского края о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки для принятия управленческих решений.

19. Медицинская организация ежемесячно, в срок до 3 числа месяца, следующего за отчетным, осуществляет обновление сведений о застрахованных лицах, прошедших диспансерный прием (осмотр, консультацию), обследования, профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия.

20. Медицинская организация обеспечивает актуализацию данных о проведении гражданам профилактических медицинских осмотров, в том числе гражданам, состоящим на диспансерном учете.

21. По случаям определения III группы состояния здоровья после прохождения диспансеризации и отсутствия данных об определении гражданина в группу диспансерного наблюдения страховой медицинской организацией проводятся контрольно-экспертные мероприятия (экспертиза качества медицинской помощи).

22. Страховая медицинская организация в целях организации повторного информирования осуществляет мониторинг полученных от медицинских организаций данных о проведении гражданам профилактических медицинских осмотров, в том числе гражданам, состоящим на диспансерном учете.

22. Страховая медицинская организация ежеквартально информирует Министерство здравоохранения Камчатского края и территориальный фонд о лицах, которым по данным реестров счетов не осуществлен диспансерный прием, путем направления сведений, содержащих наименование медицинской организации, № полиса, даты проведения диспансеризации, диагноз,

установленный по итогу проведения диспансеризации, группу здоровья, присвоенную по итогу проведения диспансеризации, дату предыдущего диспансерного приема.

**Формат передачи данных
о застрахованных лицах, из числа выбравших медицинскую организацию для
оказания первичной медико-санитарной помощи и подлежащих диспансерно-
му наблюдению
(взрослое население в возрасте 18 лет и старше)
(направляется ежемесячно МО в СМО)**

Формат файла - MS Excel,

Имя файла со сведениями формируется по следующему принципу:

DNPiNiPpNr_YYMM.XLS, где

DN – константа, обозначающая тип передаваемых сведений;

Pi – параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

Pp – параметр, определяющий организацию-получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Nr – номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры года,

MM – порядковый номер месяца (в годовых списках указывается «00»).

Например, DNM410011S41001_1801.XLS – файл со сведениями о лицах, подлежащих диспансерному наблюдению в ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатская городская поликлиника № 1» в январе 2018 г., направленный в Камчатский филиал АО «СОГАЗ-Мед».

Структура файла

Наименование столбца	Обязательность	Содержание
FAM	Да	Фамилия застрахованного лица
IM	Да	Имя застрахованного лица
OT	Усл.	Отчество застрахованного лица
W	Да	Пол застрахованного лица (1-мужской, 2-женский)
DR	Да	Дата рождения застрахованного лица (ГГГГММДД)
ENP	Да	Единый номер полиса ОМС
Q	Да	Реестровый номер СМО
SPOL	Усл.	Серия полиса ОМС старого образца

NPOL	Да	Номер полиса ОМС старого образца или серия и номер временного свидетельства либо бланка полиса единого образца (без пробелов).
LPU	Да	Реестровый номер МО
DATE_DN	Да	Дата постановки на диспансерное наблюдение (ГГГГММДД)
DS_DN	Да	Диагноз диспансерного наблюдения (код из МКБ-10 до уровня подрубрики)
SS_DOCTOR	Да	СНИЛС врача, у которого пациент стоит на наблюдении (без разделителей)
PLACE_DN	Да	Место проведения диспансерного приема (1- медицинская организация, 2 – на дому)
PHONE	Усл.	Номер телефона застрахованного лица (в формате +7(XXX)XXX-XX-XX, где X-любая десятичная цифра). Обязательно указывается при наличии
REASON	Усл.	Причина отклонения (заполняется ТФОМС/СМО)