

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З № 62

г. Петропавловск-Камчатский

22.10.2019 года

Об утверждении Порядка
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 № 143 от 18.12.2017 «Об утверждении Порядка информационного взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае».

И.о. директора



Н.П. Векинцева

Приложение № 1 к приказу
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Камчатского края
от 22.10.2019 № 62

**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 28.02.2019 № 108н «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 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 единого 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 медицинской

помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара ТФОМС предоставляет доступ к единому информационному ресурсу страховым представителям 2 и 3 уровней СМО и уполномоченным должностным лицам МО.

Единый информационный ресурс размещается в сети ViPNet ТФОМС № 2010 в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к защите персональных данных.

Доступ участников к единому информационному ресурсу предоставляется ТФОМС по открытым каналам связи с использованием технологии ViPNet, реализующей функции шифрования с последующей авторизацией с помощью логина и пароля. Установка программного комплекса ViPNet Client осуществляется участниками информационного взаимодействия самостоятельно.

Обновление данных в едином 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 единый информационный ресурс сведения и получают из него информацию, необходимую для осуществления информационного сопровождения.

2.2. Состав информации, передаваемой в единый информационный ресурс и получаемой из него.

Таблица 1. Состав сведений о направлении на госпитализацию

№ столбца	Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
1	Да	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	Да	Форма оказания медицинской помощи	1 – плановая 2 – неотложная
3	Да	Условие оказания	1- круглосуточный стационар

		медицинской помощи	2 - дневной стационар
4	Да	Реестровый номер медицинской организации, куда направлен на госпитализацию пациент	
5	Усл.	Код подразделения медицинской организации, куда направлен пациент	Указывается при наличии подразделений
6	Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	В соответствии с классификатором F008, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
7	Усл.	Серия полиса ОМС	Указывается для полисов старого образца при наличии
8	Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов ОМС нового образца указывается ЕНП
9	Да	Реестровый номер СМО	
10	Да	Код субъекта, в котором застрахован гражданин	Код территории страхования по ОКАТО (таблица 49 приложения к приказу ФОМС от 07.04.2011 № 79)
11	Да	Фамилия	
12	Да	Имя	
13	Усл.	Отчество	Указывается при наличии
14	Да	Пол	1 – мужской 2 – женский
15	Да	Дата рождения	В формате ДДММГГГГ
16	Да	Контакт	Номер телефона застрахованного лица (в формате +7(XXX)XXX-XX-XX, где X-любая десятичная цифра)
17	Да	Код основного диагноза по МКБ-10	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики
18	Да	Профиль койки	В соответствии с классификатором V020,

			утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
19	Да	Код профиля отделения	В соответствии с классификатором V002, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
20	Да	Код медицинского работника, направившего больного	СНИЛС медицинского работника (указывается без разделителей)
21	Да	Плановая дата госпитализации	В формате ДДММГГГГ

Таблица 2. Сведения о госпитализации по направлению (в том числе при переводе из других медицинских организаций и в рамках одной медицинской организации)

№ столбца	Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
1	Да	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	Да	Форма оказания медицинской помощи	1 – плановая 2 – неотложная
3	Да	Условие оказания медицинской помощи	1- круглосуточный стационар 2 - дневной стационар
4	Да	Реестровый номер медицинской организации, в которую госпитализирован пациент	

5	Усл.	Код подразделения медицинской организации, куда госпитализирован пациент	Указывается при наличии подразделений
6	Да	Дата фактической госпитализации	В формате ДДММГГГГ
7	Да	Время фактической госпитализации	В формате ЧЧ:ММ
8	Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	В соответствии с классификатором F008, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
9	Усл.	Серия полиса ОМС	Указывается для полисов старого образца при наличии
10	Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов ОМС нового образца указывается ЕНП
11	Да	Реестровый номер страховой медицинской организации	
12	Да	Код субъекта, в котором застрахован гражданин	Код территории страхования по ОКATO (таблица 49 приложения к приказу ФОМС от 07.04.2011 № 79)
13	Да	Фамилия	
14	Да	Имя	
15	Усл.	Отчество	Указывается при наличии
16	Да	Пол	1 – мужской 2 – женский
17	Да	Дата рождения	В формате ДДММГГГГ
18	Да	Профиль койки	В соответствии с классификатором V020, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
19	Да	Код профиля отделения	В соответствии со справочником V002, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
20	Да	№ карты стационарного	

		больного	
21	Да	Код диагноза по МКБ-10 приемного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

Таблица 3. Сведения об экстренной госпитализации

№ столбца	Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
1	Усл.	Код подразделения медицинской организации, куда госпитализирован пациент	Указывается при наличии подразделений
2	Да	Дата фактической госпитализации	В формате ДДММГГГГ
3	Да	Время фактической госпитализации	В формате ЧЧ:ММ
4	Усл.	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	В соответствии с классификатором F008, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
5	Усл.	Серия полиса ОМС	Указывается для полисов старого образца при наличии
6	Усл.	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов ОМС нового образца указывается ЕНП
7	Усл.	Реестровый номер страховой медицинской организации	
8	Усл.	Код субъекта, в котором застрахован гражданин	Код территории страхования по ОКАТО (таблица 49 приложения к приказу ФОМС от 07.04.2011 № 79)
9	Да	Фамилия	
10	Да	Имя	
11	Усл.	Отчество	Указывается при наличии
12	Да	Пол	1 – мужской 2 – женский
13	Усл.	Дата рождения	В формате ДДММГГГГ
14	Да	Профиль койки	В соответствии с классификатором V020,

			утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
15	Да	Код профиля отделения	В соответствии со справочником V002, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
16	Да	№ карты стационарного больного	
17	Да	Код диагноза по МКБ-10 приемного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

Таблица 4. Сведения об аннулировании направления на госпитализацию

№ столбца	Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
1	Да	Номер направления	
2	Да	Источник аннулирования	1 – страховая медицинская организация; 2 – медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях; 3 – медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях
3	Да	Реестровый номер источника аннулирования	
4	Усл.	Код подразделения медицинской организации - источника аннулирования	
5	Да	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
--	--	--	--

Таблица 5. Сведения о пациентах, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара

№ столбца	Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
1	Усл.	Номер направления	Для госпитализаций по направлению
2	Да	Форма оказания медицинской помощи	1 – плановая 2 – неотложная 3 – экстренная
3	Да	Условие оказания медицинской помощи	1- круглосуточный стационар 2 - дневной стационар
4	Усл.	Код подразделения медицинской организации, куда госпитализирован пациент	Указывается при наличии подразделений
5	Да	Дата госпитализации	В формате ДДММГГГГ
6	Да	Дата выбытия	В формате ДДММГГГГ
7	Да	Пол	1 – мужской 2 – женский
8	Усл.	Дата рождения	В формате ДДММГГГГ
9	Да	Профиль койки	В соответствии с классификатором V020, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
10	Да	Код профиля отделения	В соответствии со справочником V002, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
11	Да	№ карты стационарного больного	

Таблица 6. Сведения о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи

№ столбца	Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
1	Да	Текущая дата	В формате ДДММГГГГ
2	Усл.	Код подразделения медицинской организации, куда госпитализирован пациент	Указывается при наличии подразделений
3	Да	Условие оказания медицинской помощи	1- круглосуточный стационар 2 - дневной стационар
4	Да	Профиль отделения	В соответствии со справочником V002, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
5	Да	Состояло пациентов на 08.00 часов текущего дня – всего по профилю отделения	Заполняется по каждому профилю отделения
6	Да	Поступило пациентов за предыдущие сутки – всего по профилю отделения	Заполняется по каждому профилю отделения
7	Да	Выбыло за предыдущие сутки – всего по профилю отделения	Заполняется по каждому профилю отделения
8	Да	Планируется госпитализация (направлений на госпитализацию) на текущий день – всего по профилю отделения	Заполняется по каждому профилю отделения
9	Да	Количество свободных коек на	Заполняется по каждому профилю отделения

		текущий день (с учетом плановой госпитализации) – всего, в том числе	
10	Да	Мужские	
11	Да	Женские	
12	Да	Детские	
13	Да	Исполнение объемов в части количества госпитализаций	
14	Да	Исполнение объемов в части количества койко-дней	

2.3. МО ежедневно до 09.00 часов местного времени размещают на информационном ресурсе сведения об оказываемой в рамках территориальной программы ОМС медицинской помощи в формате CSV с соблюдением требований, изложенных в разделе 1 приложения 1 к настоящему Порядку:

2.3.1. МО, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях размещают сведения о направлении застрахованных лиц для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара (по состоянию на 20.00 часов предшествующего дня). Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 1.

В случае отказа застрахованного лица от плановой госпитализации МО направляет соответствующие сведения в единый информационный ресурс. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 4.

МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 10-00 получает из единого информационного ресурса информацию о наличии свободных мест и объемов для госпитализации с учетом периода ожидания. Перечень получаемых сведений представлен в Таблице 6.

МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, получает сведения о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям (Таблица 2), а также об аннулировании направлений, выданных данной МО (Таблица 4).

МО, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, получает сведения о застрахованных лицах, прикрепленных к данной медицинской организации, госпитализированных по экстренным показаниям. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 3.

2.3.2. МО, оказывающие медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, направляет в единый информационный ресурс сведения (по состоянию на 08.00 часов текущего

дня) о фактах госпитализации по направлениям (Таблица 2) и экстренно (Таблица 3), об отказах от госпитализации (Таблица 4), а также о выбывших пациентах (Таблица 5) и информацию о количестве свободных мест для госпитализации с учетом периода ожидания (Таблица 6).

2.4. СМО получает из единого информационного ресурса сведения о направлениях (Таблица 1), о состоявшихся госпитализациях (Таблицы 2 и 3), об отказах от госпитализации (Таблица 4), а также о выбывших пациентах (Таблица 5).

СМО получает из единого информационного ресурса сведения о количестве свободных коек и выполненных объемах медицинской помощи. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 6.

СМО направляет в единый информационный ресурс сведения об отказах от госпитализации в связи с инициативным отказом или смертью застрахованного лица. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 4.

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 по ОМС, оказывающей специализированную медицинскую помощь и первичную специализированную медико-санитарную помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, ведет учет информации за истекшие сутки о:

- количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с учетом планируемой даты освобождения места;
- застрахованных лицах, получивших направление в выбранную МО на госпитализацию в разрезе профилей медицинской помощи, включая дату госпитализации;
- застрахованных лицах, госпитализированных в разрезе профилей медицинской помощи по направлениям в плановом порядке (в том числе в разрезе МО, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);
- застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

СМО ежедневно до 10.00 часов местного времени информирует каждую МО, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь и первичную специализированную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара, о застрахованных лицах, получивших за истекшие сутки направление на госпитализацию в плановом порядке в разрезе профилей медицинской помощи (в том числе в разрезе МО, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), включая дату госпитализации.

СМО ежедневно до 10.00 часов местного времени информирует каждую МО, с которой у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по МО, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях:

- об объемах медицинской помощи и количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей оказания медицинской помощи по каждой МО, оказывающей специализированную медицинскую помощь и первичную специализированную медико-санитарную помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара;
- о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

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 единый 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 единый 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.

СМО направляет в единый информационный ресурс сведения о случаях оказания медицинской помощи с нарушением сроков ожидания, по которым проведены МЭЭ и ЭКМП, в круглосуточном и дневном стационарах (Таблица 7) и сведения о случаях оказания медицинской помощи, по которым проведены МЭЭ и ЭКМП в связи с несостоявшейся госпитализацией из-за отсутствия медицинских показаний, в круглосуточном и дневном стационарах (Таблица 8).

Таблица 7. Сведения о случаях оказания медицинской помощи с нарушением сроков ожидания, по которым проведены МЭЭ и ЭКМП, в круглосуточном и дневном стационарах

№ столбца	Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
1	Усл	Номер направления	Для госпитализаций по направлению
2	Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная 3 - экстренная
3	Да	Условия оказания медицинской помощи	1- круглосуточный стационар 2 - дневной стационар
4	Да	Реестровый номер медицинской организации	
5	Усл	Код подразделения медицинской организации	Указывается при наличии подразделений
6	Да	Дата госпитализации	В формате ДДММГГГГ
7	Да	Дата выбытия	В формате ДДММГГГГ
8	Да	Фамилия	
9	Да	Имя	
10	Усл	Отчество	Указывается при наличии
11	Да	Пол	1 – мужской 2 – женский
12	Да	Дата рождения	В формате ДДММГГГГ
13	Да	Контакт	Номер телефона застрахованного лица (в

			формате +7(XXX)XXX-XX-XX, где X-любая десятичная цифра)
14	Да	Профиль койки	В соответствии с классификатором V020, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
15	Да	Профиль отделения	В соответствии со справочником V002, утвержденным приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79
16	Да	Номер карты стационарного больного	
17	Да	Дата организация экспертизы	В формате ДДММГГГГ
18	Да	Вид экспертизы (МЭЭ, ЭКМП)	1 – МЭЭ, 2 – ЭКМП
19	Да	Код дефекта	В соответствии с Приложением 8 к приказу ФФОМС от 28.02.2019 № 36
20	Да	Выявленное нарушение	

Таблица 8. Сведения о случаях оказания медицинской помощи, по которым проведены МЭЭ и ЭКМП в связи с несостоявшейся госпитализацией из-за отсутствия медицинских показаний в круглосуточном и дневном стационарах

№ столбца	Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
1	Да	Номер направления	
2	Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	
3	Усл	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Указывается при наличии подразделений
4	Да	Реестровый номер медицинской	

		организации, куда направлен пациент	
5	Усл	Код подразделения медицинской организации, куда направлен пациент	Указывается при наличии подразделений
6	Да	Условия оказания медицинской помощи	1 - круглосуточный стационар 2 - дневной стационар
7	Да	Фамилия	
8	Да	Имя	
9	Усл	Отчество	Указывается при наличии
10	Да	Пол	1 – мужской 2 – женский
11	Да	Дата рождения	В формате ДДММГГГГ
12	Да	Контакт	Номер телефона застрахованного лица (в формате +7(XXX)XXX-XX-XX, где X-любая десятичная цифра)
13	Да	Источник аннулирования	1 – страховая медицинская организация; 2 – медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях; 3 – медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях
14	Да	Реестровый номер источника аннулирования	
15	Усл	Код подразделения медицинской организации - источника аннулирования	Указывается при наличии
16	Да	Причина аннулирования	Отсутствие медицинских показаний

17	Да	Дата организация экспертизы	В формате ДДММГГГГ
18	Да	Вид экспертизы (МЭЭ, ЭКМП)	1 – МЭЭ, 2 – ЭКМП
19	Да	Код дефекта	В соответствии с Приложением 8 к приказу ФФОМС от 28.02.2019 № 36
20	Да	Выявленное нарушение	

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

3. Информационное сопровождение застрахованных лиц при осуществлении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения

3.1. Информационное сопровождение застрахованных лиц при прохождении профилактических мероприятий и на этапе диспансерного наблюдения осуществляется в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Камчатского края и ТФОМС.

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

Формат данных, содержащих сведения о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением, определен разделом 3 приложения 1 к настоящему Порядку.

4. Информационное взаимодействие при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий

4.1. МО, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, после получения сведений, содержащих рекомендации медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров (далее – НМИЦ) по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, не позднее 10 часов следующего рабочего дня после получения данных сведений размещает посредством информационного ресурса информацию о застрахованных лицах, в отношении которых получены указанные рекомендации в формате, установленном приложением 2 к

настоящему Порядку, а также размещает протокол в электронном виде с содержанием рекомендаций медицинских работников НМИЦ, полученный посредством телемедицинской системы ФГБУ «ВЦМК «Защита» Минздрава России.

4.2. СМО осуществляет контроль выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников НМИЦ по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

4.3. Страховой представитель СМО в течение двух рабочих дней после размещения МО на информационном ресурсе территориального фонда сведений о получении рекомендаций медицинских работников НМИЦ по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, проводит очную медико-экономическую экспертизу в соответствии с порядком организации и проведения контроля, утвержденным Приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ № 36).

4.4. СМО ежемесячно проводит плановую экспертизу качества медицинской помощи в объеме не менее семидесяти процентов от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи с применением рекомендаций, полученных в ходе телемедицинских консультаций/консилиумов.

4.5. СМО в течение трех рабочих дней после подписания акта с результатами контроля размещает на информационном ресурсе сведения о дате проведения контроля, выявленных нарушениях (дефектах), а также информацию о размере примененных финансовых санкций.

4.6. СМО при выявлении по результатам контроля следующих нарушений со стороны МО:

- отсутствие в медицинской документации сведений о рекомендациях медицинских работников НМИЦ;

- невыполнение (неполное выполнение) медицинской организацией рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

- отсутствие в медицинской документации обоснования неприменения указанных рекомендаций (при наличии медицинских показаний)

направляет копии актов МЭК/ЭКМП в Министерство здравоохранения Камчатского края и Министерство здравоохранения РФ в соответствии с п.п. 26, 50 Приказа № 36.

5. Ответственность участников

5.1. 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 1
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 профилактических мероприятий

Формат файла - MS Excel,

Имя файла со сведениями формируется по следующему принципу:

XPiNiPpNr_YYM.XLS, где

X – одна из констант, обозначающая тип профилактических мероприятий:

- DP – первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- DV – второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- DO – профилактические осмотры взрослого населения.

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.

№ – номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры года,

Q – порядковый номер квартала (в годовых списках указывается «0»).

Например, DPM410011S41001_171.XLS – файл со сведениями о лицах, включенных в списки для проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения в ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатская городская поликлиника № 1» в первом квартале 2017 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
LPUDT	Да	Дата прикрепления к МО (ГГГГММДД)
LPUAUTO	Да	Способ прикрепления (1- по месту регистрации, 2- по личному заявлению)
SS_DOCTOR	Да	СНИЛС медицинского работника, к которому прикреплен застрахованный (без разделителей)
UCHASTOK	Да	Номер участка (при отсутствии указывается «0»)
DSTOP	Усл.	Дата прекращения действия полиса (ГГГГММДД)
AGE	Да	Возраст застрахованного лица (полное количество лет на конец

		текущего года)
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 записи (заполняется ТФОМС/СМО)

3. Формат и структура файла со сведениями о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением

Формат файла - MS Excel,

Имя файла со сведениями формируется по следующему принципу:

DNPiNiPrNr_YYMM.XLS, где

DN – константа, обозначающая тип передаваемых данных;

Pi – параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

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

Pr – 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»).

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 (ГТТГММДД)
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)
PERIOD_DN	Да	Периодичность диспансерных осмотров в год (1,2,3 и т.д.)
SS_DOCTOR	Да	СНИЛС медицинского работника, у которого пациент стоит на наблюдении (без разделителей)
PREV_DN	Усл.	Дата предыдущего диспансерного приема (осмотра, консультации)
TIME_DN	Да	Порядковые номера календарных месяцев проведения диспансерного приема (осмотра, консультации), запланированные МО
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 записи (заполняется ТФОМС/СМО)

Приложение 2

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

Формат файла со сведениями о проведении консультаций/консилиумов с использованием телемедицинских технологий

Имя файла CONS<Pi>_YYYYMMDD, где:
CONS – тип передаваемых сведений;
Pi – отправитель (реестровый номер МО/СМО);
YYYYMMDD – дата формирования файла.

Формат файла: *.xls, *.xlsx.

Описание структуры файла:

№ п/п	Наименование поля	Формат	Описание
1.	Фамилия	T(40)	Фамилия пациента
2.	Имя	T(40)	Имя пациента
3.	Отчество	T(40)	Отчество пациента (при наличии, оставить пустым при отсутствии)
4.	Дата рождения	D	Дата рождения пациента в формате ДД.ММ.ГГГГ
5.	ЕНП	T(16)	Единый номер полиса ОМС
6.	Диагноз	T(10)	Диагноз (код МКБ-10) по которому проводилась консультация
7.	Номер истории болезни	T(50)	Номер истории болезни/амбулаторной карты
8.	Условие оказания медицинской помощи	N(2)	Классификатор условий оказания медицинской помощи V006
9.	Код МО	T(6)	Медицинская организация, получившая телемедицинскую консультацию (реестровый номер)
10.	Код СМО	T(5)	Реестровый номер СМО

11.	Дата консультации	D	Дата завершения телемедицинской консультации в формате ДД.ММ.ГГГГ
12.	НМИЦ	T(250)	Наименование национального медицинского исследовательского центра, оказавшего телемедицинскую консультацию
13.	Дата МЭЭ	D	В формате ДД.ММ.ГГГГ
14.	Количество дефектов МЭЭ	N(2)	
15.	Коды дефектов МЭЭ	T(250)	
16.	Дата ЭКМП	D	В формате ДД.ММ.ГГГГ
17.	Количество дефектов ЭКМП	N(2)	
18.	Коды дефектов ЭКМП	T(250)	
19.	Неоплата	N(15.2)	Неоплата (уменьшение оплаты), руб
20.	Штраф	N(15.2)	Штраф, руб