

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

ПРИКАЗ № 193-0 / 1074-2

г. Махачкала

"29" октября 2014г.

Об утверждении регламента
информационного сопровождении
застрахованных лиц при организации
оказания им медицинской помощи
страховыми медицинскими
организациями в сфере обязательного
медицинского страхования
Республики Дагестан

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и в целях реализации раздела XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н, приказа Федерального фонда 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»

п р и к а з ы в а е м :

1. Утвердить Регламент информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования (приложение к настоящему приказу).

2. Установить, что информационное сопровождение застрахованных в соответствии с Регламентом осуществляется через реализуемый территориальным фондом обязательного медицинского страхования единый

информационный ресурс Республики Дагестан (далее – Портал) с 1 января 2015 года.

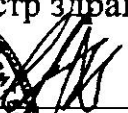
3. Медицинским организациям, осуществляющим деятельность на территории Республики Дагестан, независимо от организационно-правовой структуры и форм собственности, осуществлять информационное наполнение портала в соответствии с Регламентом.

4. Рекомендовать страховым медицинским организациям осуществлять контроль за информационным наполнением портала, получать и обобщать информацию, представляемую медицинскими организациями и вести учет сведений, предусмотренных Регламентом.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Республики Дагестан Мирзабекова Х.М. и заместителя директора ТФОМС РД Ахмедова М-А.Г.



Министр здравоохранения РД


Т.И. Ибрагимов



Директор ТФОМС РД


Т.С. Баркаев

Регламент информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования Республики Дагестан

1. Общие положения

Информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями определяется требованиями раздела XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011г. №158-н.

Участниками информационного взаимодействия являются:

- страховые медицинские организации;
- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях;
- медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях;
- территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Все участники информационного взаимодействия осуществляют обмен данными через единый информационный ресурс Республики Дагестан по информационному сопровождению застрахованных лиц (далее – портал).

Доступ участников к portalу предоставляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Дагестан (далее – ТФОМС РД) в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации по защите информации через специально создаваемую защищенную частную виртуальную сеть на основе технологий VPN.

2. Функции участников сопровождения

2.1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

1. Вносит на портал сведения о плановых объёмах оказания медицинской помощи в разрезе профилей и страховых медицинских организаций, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

2. На основании детализированных сведений о выданных направлениях на госпитализацию, поступивших от медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, определяет доступ к обрабатываемым сведениям для участников информационного взаимодействия. При этом предоставляемые сведения для страховых медицинских организаций определяются списочным составом застрахованных лиц по текущему

состоянию регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц на момент предоставления доступа.

3. Предоставляемые сведения для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, определяются для госпитализаций по направлениям - по выдавшей направление медицинской организации, для экстренных госпитализаций - по прикреплению.

4. Доступ к информации о госпитализированных лицах, застрахованных в других субъектах Российской Федерации, предоставляется для отдела по межтерриториальным расчетам ТФОМС РД.

2.2. Страховая медицинская организация

1. Осуществляет получение и обобщение информации, представляемой ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях:

- о выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы по случаям госпитализации в разрезе профилей медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией медицинской организации, лицам, застрахованным в данной страховой медицинской организации;

- о числе застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбравших медицинскую организацию и получивших направление на госпитализацию, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация.

2. На основании информации, доступ к которой предоставлен территориальным фондом, переданной медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях обобщает и ведет учет по состоянию на 09.00 часов дня передачи информации по каждой медицинской организации:

- наличия числа свободных мест на госпитализацию в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

- числа застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и получивших направление на оказание в плановой и неотложной форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, по каждой медицинской организации, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- числа застрахованных лиц, госпитализированных в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе по типам медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию), выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, а также в

отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, не позднее 1 дня с даты плановой госпитализации.

3. Ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени информирует лицо, уполномоченное руководителем медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, на взаимодействие со страховой медицинской организацией по вопросам госпитализации (далее - уполномоченное лицо):

- о наличии объемов медицинской помощи и числа свободных мест для госпитализации в плановой и экстренной форме в разрезе отделений (кодов) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у нее заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- о госпитализированных застрахованных лицах в плановой и экстренной форме.

4. Ежедневно не позднее 10.00 часов местного времени на основании сведений медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, поступающей ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени дня о застрахованных лицах в данной страховой медицинской организации, получивших направление для оказания в плановой форме специализированной медицинской помощи в стационарных условиях с указанием, в том числе сроков госпитализации, по состоянию на 20.00 часов предшествующего дня, информирует медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях. Передает данную информацию в территориальный фонд и медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, не позднее 1 дня с даты получения информации от медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

5. Ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, и до 1 марта года, следующего за отчетным, представляет отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

6. Обеспечивает мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, а также контроль за своевременностью госпитализации.

7. Направляет на портал сведения об отказах от госпитализации в связи с инициативным отказом или смертью застрахованного лица.

2.3. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях

1. Врачи, наделенные полномочиями по выдаче направлений на госпитализацию, осуществляют учёт направлений застрахованных лиц для получения медицинской помощи в стационарных условиях (далее - направление).

Сведения о выписанных направлениях передаются лицу, ответственному за информационное наполнение портала ежедневно не позднее 16-00 часов.

2. Лицо, ответственное за информационное наполнение портала:

- вносит эти сведения на портал не позднее 9.00 утра следующего дня. В случае отказа застрахованного лица от плановой госпитализации вносит соответствующие сведения на портал;

- ежедневно не позднее 10-00 получает информацию о наличии свободных мест для госпитализации с учётом периода ожидания и передает эти сведения врачам по соответствующим профилям;

- получает сведения о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям, а также об аннулировании направлений, выданных данной медицинской организацией и передает эту информацию соответствующим врачам;

- получает сведения о застрахованных лицах, прикрепленных к данной медицинской организации, госпитализированных по экстренным показаниям, и передает эту информацию соответствующим участковым врачам.

2.4. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях

1. Заведующие отделений стационаров ежедневно до 17.00 передают лицу, ответственному за информационное наполнение портала, информацию:

о количестве свободных мест (коек) на госпитализацию с учётом периода ожидания. Количество мест указывается на текущий день, а также прогноз на последующие 10 дней;

о выполненных объёмах медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке программы обязательного медицинского страхования;

о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям и экстренно для оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

об отказах в госпитализации с указанием причины отказа;

о количестве выбывших пациентов, в том числе переведённых в другие медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях;

о сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.

2. Лицо, ответственное за информационное наполнение портала вносит эти сведения на портал не позднее 9.00 утра следующего дня.