

**Регламент**  
**взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения**  
**застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи**  
**в сфере ОМС на территории Республики Крым**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящий регламент информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в стационарных условиях в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Крым (далее — Регламент) разработан в соответствии с требованиями Приказов 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», 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 7.04.2011 № 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» в целях реализации XV главы Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 №158н (далее — Правила ОМС) для организации защиты прав и интересов граждан на получение бесплатной медицинской помощи по базовой и территориальной программам обязательного медицинского страхования на территории Республики Крым.

1.2. Участниками информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в стационарных условиях в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Крым являются:

- Министерство здравоохранения Республики Крым (далее – МЗ РК);
- медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Республики Крым, оказывающие медицинскую помощь в стационарных и/или амбулаторных условиях (далее – МО);
- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым (далее - ТФОМС РК);
- страховые медицинские организации (далее – СМО).

1.3. 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.

1.4. Объем и содержание сведений необходимых для осуществления информационного взаимодействия формируются в соответствии с требованиями к составу информации в соответствии с Приказом ФОМС от 20.12.2013 №263.

1.5. Информационное взаимодействие при реализации Регламента осуществляется в автоматизированной информационной системе ТФОМС РК «Информационное сопровождение застрахованных лиц», интегрированной с информационными системами ТФОМС РК по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающей круглосуточно в режиме он-лайн (далее – АИС). Инструкция по работе с системой размещается непосредственно в АИС.

1.6. Доступ МО и СМО к АИС предоставляется ТФОМС РК и осуществляется посредством корпоративной сети передачи данных ТФОМС РК, построенной на технологии защищенной среды передачи данных ViPNet.

1.7. 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.

1.8. Участники информационного взаимодействия приказами определяют лиц, уполномоченных на выполнение функций, определенных Приказом ФОМС от 20.12.2013 № 263.

1.9. Предоставление доступа к АИС осуществляется ТФОМС РК на основании приказов 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 на всех этапах оказания им медицинской помощи.

2.2. МО, СМО и ТФОМС РК обеспечивают ежедневный контроль состояния АИС на основании отчета «Ключевые показатели».

2.3. СМО и МО обеспечивают ежедневный 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 стационарную медицинскую помощь (далее – МО стац), обеспечивают ежедневный анализ использования коечного фонда и занятости коек на плановый период (30 дней).

2.5. СМО обеспечивает:

- ежемесячную персонифицированную сверку сведений АИС с реестрами на оказанную медицинскую помощь по каждой МО, в разрезе профилей;
- проведение анализа полученных данных, при выявлении отклонений - выяснение их причины;
- формирование и представление в ТФОМС РК полученных результатов не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным;

2.6. Обмен информацией между МО, СМО и ТФОМС РК осуществляется в электронной форме с соблюдением требований действующего законодательства по защите персональных данных и иной конфиденциальной информации.

2.7. Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется МО в режиме онлайн, при невозможности обновления данных в режиме онлайн – не реже одного раза в сутки во время, определенное Правилами ОМС.

2.8. ТФОМС РК обеспечивает внесение в информационный ресурс установленных Комиссией объемов предоставления медицинской помощи для МО и СМО и о коечном фонде (в разрезе профилей) не позднее 2 рабочих дней с даты принятия Комиссией решения о распределении (перераспределении) указанных объемов.

2.9. Количество свободных коек МОстац по профилю определяется по формуле:

$$K_{ск} = K_{омс} - K_{рем/сан} - K_{экстр} - K_{брон} - K_{госп}$$

где:

$K_{омс}$  - количество коек, утвержденных приказом МЗ РК;

$K_{рем/сан}$  - количество коек на ремонте/санитарной обработке;

$K_{экстр}$  - количество свободных экстренных/неотложных коек;

$K_{брон}$  - количество забронированных коек;

$K_{госп}$  - количество занятых коек.

2.10. Количество неработающих коек по причине проведения ремонта или санитарной обработки помещений ( $K_{рем/сан}$ ) определяется приказом главного врача МОстац. Приказ издается один раз в год в течение 3-х дней с даты утверждения плана ремонта МОстац, в случае необходимости в приказ вносятся изменения.

Отражение сведений в АИС производится МОстац в течение одного рабочего дня с даты издания приказа.

2.11. Количество коек, оказывающих экстренную/неотложную медицинскую помощь ( $K_{экстр}$ ) и порядок использования плановых коек для экстренной/неотложной госпитализации определяются приказом МЗ РК в разрезе МО, условий оказания (дневной, круглосуточный) и профилей медицинской помощи.

Отражение сведений в АИС производится ТФОМС РК в течение 3-х рабочих дней с даты утверждения МЗ РК соответствующего приказа или внесения в приказ изменений и/или дополнений.

2.12. Планирование госпитализации осуществляется МОстац на 30 календарных дней от текущей даты. Для профилей, в которых утвержденная на текущий год средняя длительность госпитализации превышает 30 дней – планирование осуществляется на срок средней длительности плюс 4 календарных дня.

2.13. МОстац обеспечивают формирование и своевременную актуализацию в АИС списка требуемых для госпитализации документов, результатов анализов, обследований и т.д. с указанием: срока действительности, вида предоставления документа (на бумажном носителе, в сканированном виде) и др.

2.14. МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, (далее – МОамб) обеспечивают реализацию права застрахованного лица на выбор МО для плановой госпитализации в определенную МОстац с учетом желания застрахованного лица и установленных сроков ожидания, и знакомят его со сведениями, находящимися в АИС на момент выписки направления:

- перечнем МОстац, оказывающих требуемую медицинскую помощь;
- датами, на которые есть свободные койки;
- перечнем документов, требуемых для госпитализации, порядке их оформления и сроком их представления в МОстац.

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

2.15. 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 начала работы ресурса в 2016 году и далее с 01 января каждого года.

Номер генерируется автоматически, и отражается в журнале учета госпитализаций МО.

2.16. МОамб 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.

2.17. При выписке направления врач МОамб предупреждает застрахованное лицо о возможности переноса даты госпитализации:

- на более поздний срок по причине использования койки для экстренной госпитализации;
- на более ранний срок в случае освобождения койки.

2.18. В случае выбора пациентом МОстац, в которой на момент обращения в АИС срок ожидания специализированной медицинской помощи требуемого профиля превышает срок ожидания, установленный территориальной программой ОМС (30 дней), врач МОамб оформляет в АИС направление на госпитализацию, по телефону информирует МОстац о постановке пациента на очередь ожидания госпитализации, делает соответствующую отметку в медицинской документации и обеспечивает дальнейшее согласование с пациентом даты и времени госпитализации.

2.19. Направление на оказание неотложной медицинской помощи осуществляется МОамб по оперативному согласованию с МОстац с использованием доступных средств связи, обеспечивающих защиту персональных данных гражданина. МОамб оформляет направление и выдает направление на руки пациенту. В АИС направление не формируется. МОстац бронирует экстренную

койку и оформляет госпитализацию в приемном покое при поступлении пациента.

2.20. Отражение госпитализации при оказании неотложной и экстренной медпомощи в АИС осуществляется МОстац, в который госпитализировано застрахованное лицо путем присвоения номера карты больного.

2.21. В случае согласованного перевода пациента в другое МОстац, МОстац, из которого осуществляется перевод, указывает в АИС дату окончания госпитализации, в МОстац в которое переводится пациент, формируется госпитализация с новым номером.

В случае перевода пациента в другое отделение (за исключением перевода из реанимации), в АИС МОстац оформляется госпитализация в другое отделение в неотложной или экстренной форме. В отделении, из которого переводится пациент, указывается дата выписки и заполняется поле «Движение пациента».

2.22. В случае экстренной госпитализации пациента, не прикрепленного ни к одной МОамб, сведения о госпитализации учитывает и контролирует соответствующая СМО.

2.23. 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».

2.24. В случае переноса согласованного срока госпитализации соответствующая МОамб или МОстац указывает причину переноса из списка причин: «По инициативе пациента», «Представлен неполный пакет требуемых документов», «Экстренная занятость койки», «Другие». Причину «Другие» необходимо расшифровать.

2.25. При госпитализации пациента врач отделения МОстац определяет дату окончания лечения и отражает срок лечения в АИС. В случае уточнения даты в процессе лечения врач обеспечивает её своевременную актуализацию.

2.26. В случае освобождения койки раньше запланированной (указанной в информационном ресурсе) даты окончания лечения госпитализированного пациента, врач МОстац может пригласить для госпитализации застрахованное лицо из списка лиц, забронировавших койку на более поздний срок.

2.27. В случае фактического использования плановых коек для госпитализации застрахованных лиц по экстренным или неотложным показаниям, МОстац обеспечивает информирование лиц, ранее запланированных на госпитализацию на эти койки в эти дни и соответствующее МОамб, согласовывает перенос госпитализации и отражает его в установленном порядке в АИС.

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

- МО обеспечивается информирование о ситуации СМО и ТФОМС РК;
- МОамб обеспечивает согласование плановых госпитализаций с

соответствующими МОстац любыми доступными средствами связи, обеспечивающими сохранение персональных данных;

- МОстац обеспечивает учет госпитализаций в ручном режиме.

При получении возможности передачи сведений, они передаются в АИС в полном объеме за всё время задержки.

### 3. Требования к составу информации

**Таблица 1.** Состав сведений о направлении на госпитализацию

Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	Уникален в пределах Республики Крым, состоит из десяти знаков - шестизначного кода МО и номера по порядку (предыдущий номер + 1). Нумерация начинается с «1» с даты первичной госпитализации с начала работы ресурса в 2016 году и далее с 01 января каждого года.
Да	Дата направления	
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	*
Условно	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений.
Да	Реестровый номер медицинской организации, куда направлен пациент	*
Условно	Код подразделения медицинской организации, куда направлен пациент	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений.
Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	*
Условно	Серия полиса обязательного медицинского страхования	Указывается для полисов старого образца при наличии.
Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	
Да	Страховая медицинская организация	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Субъект Российской Федерации, в котором застрахован гражданин	Указывается согласно предъявленному полису
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Условно	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Контакт	Номер телефона застрахованного

		лица
Да	Код диагноза по МКБ	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	Код медицинского работника, направившего больного	Региональный справочник
Да	Плановая дата госпитализации	

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

Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	
Да	Дата направления	
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная
Да	Реестровый номер медицинской организации	*
Условно	Реестровый номер медицинской организации куда переведён пациент	* При переводе
Условно	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений.
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	*
Условно	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений.
Да	Дата фактической госпитализации	
Да	Время фактической госпитализации	
Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	*
Условно	Серия полиса обязательного медицинского страхования	Указывается для полисов старого образца при наличии
Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Условно	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Да	Дата рождения	

Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Условно	Код отделения (профиль) куда переведен пациент	При переводе
Да	N карты стационарного больного	
Да	Диагноз приёмного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

\* В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от "07" апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

**Таблица 3. Состав сведений об экстренной госпитализации**

Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
Да	Реестровый номер медицинской организации	*
Условно	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений.
Да	Дата фактической госпитализации	
Да	Время фактической госпитализации	
Условно	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	* Указывается при наличии сведений
Условно	Серия полиса обязательного медицинского страхования	Указывается для полисов старого образца при наличии
Условно	Номер документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	Указывается при наличии сведений
Условно	Страховая медицинская организация	Указывается согласно предъявленному полису при наличии сведений
Условно	Субъект Российской Федерации, в котором застрахован гражданин	Указывается согласно предъявленному полису при наличии сведений
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Условно	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Условно	Дата рождения	Указывается при наличии сведений
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	N карты стационарного больного	
Да	Диагноз приёмного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

\* В соответствии с реестрами и справочниками, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от "07" апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".



**Таблица 4.** Состав сведений об аннулировании направления на госпитализацию

Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	
Да	Дата направления	
Да	Источник аннулирования	1. страховые медицинские организации 2. медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях 3. медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях
Да	Реестровый номер источника аннулирования	*
Условно	Код подразделения медицинской организации-источника аннулирования	Региональный справочник. Указывается для медицинской организации при наличии подразделений
Да	Причина аннулирования	1. неявка пациента на госпитализацию; 2. непредставление необходимого пакета документов (отказ медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях); 3. отсутствие медицинских показаний; 4. инициативный отказ от госпитализации пациентом; 5. смерть; 6. прочие.

\* В соответствии с реестрами и справочниками, утверждёнными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от "07" апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

**Таблица 5.** Состав сведений о пациентах, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
Условно	Номер направления	Для госпитализаций по направлению
Условно	Дата направления	Для госпитализаций по направлению
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная 3 - экстренная
Да	Реестровый номер медицинской организации	*
Условно	Код подразделения медицинской	Региональный справочник.

Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
	организации	Указывается при наличии подразделений.
Да	Дата госпитализации	
Да	Дата выбытия	
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	N карты стационарного больного	

\* В соответствии с реестрами и справочниками, утверждёнными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от "07" апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

**Таблица 6.** Состав сведений о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объёмах медицинской помощи с учётом периода ожидания

Обязательность	Наименование	Дополнительная информация
Да	Дата	
Да	Реестровый номер медицинской организации	*
Условно	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений.
Да	Профиль койки	
Да	Состояло пациентов на отчётный период**	
Да	Поступило пациентов за отчётный период**	
Да	Выбыло пациентов за отчётный период**	
Да	Планируется госпитализаций (направлений на госпитализацию) на отчётный период**	
Да	Количество свободных мест на конец отчётного периода** (с учётом планируемой госпитализации) всего	
Да	в том числе: мужские	
Да	женские	
Да	детские	

\* В соответствии с реестрами и справочниками, утверждёнными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от "07" апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

\*\* Отчётный период в соответствии с разделом XV Правил обязательного медицинского страхования.