

ПРИКАЗ

315 - 440 / 1917 / 109 14.08.2019 345-0 1

г.Нижний Новгород

Об утверждении Регламента информационного взаимодействия участников ОМС при организации сопровождения застрахованных лиц на этапе осуществления диспансерного наблюдения

Во исполнение приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования", "Методических рекомендаций по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи", направленных письмом ФФОМС от 25.06.2018 № 6696/30-2/5564 "О направлении методических рекомендаций", письма Минздрава России № 17-0/10/2-5062, ФФОМС № 9609/30/и от 01.08.2018 "О взаимодействии участников системы обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе осуществления диспансерного наблюдения", в целях достижения оптимального результата при организации и проведении профилактических мероприятий, повышения доступности и качества медицинской помощи

п р и к а з ы в а е м:

1. Утвердить прилагаемый Регламент информационного взаимодействия участников при организации сопровождения застрахованных лиц на этапе осуществления диспансерного наблюдения (далее - Регламент).

2. ГБУЗ НО "МИАЦ" (Тучин Е.А.)

2.1. довести настоящий приказ до сведения медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторно – поликлинических условиях, имеющих прикрепленное население,

2.2. обеспечить контроль за своевременным внесением ответственными лицами медицинских организаций в единый информационный ресурс сведений, предусмотренных Регламентом в установленные Регламентом сроки.

3. Отделу разработки и сопровождения программного обеспечения Территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС) Нижегородской области (Кузьмин А.А.) организовать и обеспечить функционирование единого информационного ресурса, а также предоставление доступа к нему всем участникам информационного взаимодействия.

4. Отделу организации взаимодействия субъектов и участников обязательного медицинского страхования ТФОМС Нижегородской области (Мельник Ю.М.):

4.1. довести настоящий приказ до сведения страховых медицинских организаций;

4.2. обеспечить контроль за проведением страховыми медицинскими организациями информирования граждан;

4.3. обеспечить прием и анализ отчетности об информационном сопровождении застрахованных лиц при прохождении ими профилактических мероприятий;

4.4. обеспечить ежемесячное направление сведений в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и министерство здравоохранения Нижегородской области.

5. Руководителям медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

и имеющих прикрепленное население, организовать работу в соответствии с Регламентом.

6. Рекомендовать страховым медицинским организациям, заключившим с ТФОМС Нижегородской области договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, организовать работу в соответствии с Регламентом.

7. Признать утратившим силу совместный приказ министерства здравоохранения Нижегородской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области от 13.02.2019 № 315-88/19П/од/52-о «Об утверждении Регламента информационного взаимодействия участников ОМС при организации сопровождения застрахованных лиц на этапе осуществления диспансерного наблюдения».

8. Контроль за исполнением приказа оставляем за собой.

И.о. министра здравоохранения
Нижегородской области



Е.Н.Саксонова

Директор ТФОМС
Нижегородской области



С.А.Малышева

Приложение к совместному приказу
министерства здравоохранения Нижегородской
области и Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Нижегородской
области
от г. №

РЕГЛАМЕНТ

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ
СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ НА ЭТАПЕ
ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент разработан с целью повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования на этапе осуществления диспансерного наблюдения.

1.2. Под *диспансерным наблюдением* для целей настоящего регламента понимается динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

1.3. Настоящим Регламентом устанавливается порядок информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на этапе осуществления диспансерного наблюдения.

1.4. Настоящий Регламент разработан на основании следующих нормативных правовых актов:

- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

- Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных";
- Постановления Правительства РФ от 01.11.2012 № 1119 "Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных";
- приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования";
- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования";
- приказа Минздрава России от 29.03.2019 № 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми";
- приказа 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";

1.5. Участниками информационного взаимодействия в рамках Регламента (далее - Участники) являются:

- Министерство здравоохранения Нижегородской области (далее - Министерство);
- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее - ТФОМС);
- медицинские организации Нижегородской области, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющие прикрепившихся лиц (далее - Медицинская организация).
- страховые медицинские организации, заключившие с ТФОМС договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее - СМО);

1.6. В настоящем Регламенте используются следующие термины, определения и сокращения:

Страховой представитель 2 уровня - специалист СМО, деятельность которого направлена на организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при осуществлении профилактических мероприятий, на защиту прав и законных интересов застрахованных в сфере ОМС.

Страховой представитель 3 уровня - специалист-эксперт СМО или эксперт качества медицинской помощи, деятельность которого направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия их информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи.

1.7. Информационное взаимодействие между Участниками осуществляется на основе организованного ТФОМС единого информационного ресурса АИС "Диспансеризация" посредством защищенного канала связи VIPNET.

2. Порядок взаимодействия Участников при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц на этапе диспансерного наблюдения

2.1. Министерство:

2.1.1. обеспечивает контроль за организацией и проведением диспансерного наблюдения в подведомственных Медицинских организациях в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 29.03.2019 № 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми";

2.1.2. на основании полученной от ТФОМС и СМО информации разрабатывает управленческие решения, направленные на повышение эффективности диспансерного наблюдения;

2.2. Медицинская организация:

2.2.1. 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 стандартами медицинской помощи, утвержденными 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", 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);

2.2.2. на основании планов проведения диспансерного наблюдения граждан, находящихся под диспансерным наблюдением в Медицинской организации по состоянию на начало календарного года, не позднее 20 января текущего года обеспечивает размещение на информационном ресурсе персонифицированных списков граждан, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем календарном году, с помесечной их разбивкой в разрезе медицинских работников Медицинской организации, осуществляющих диспансерное наблюдение (далее - план диспансерного осмотра), с указанием следующей информации:

1) фамилия, имя, отчество, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;

2) диагноз заболевания, по которому застрахованное лицо состоит на диспансерном наблюдении;

3) 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;

4) сроки (календарный месяц) проведения диспансерного приема, запланированные медицинским работником, осуществляющим диспансерное наблюдение;

5) 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);

2.2.3. обеспечивает (при необходимости) в первые 20 рабочих дней каждого месяца актуализацию указанных в пункте 2.2.2 сведений 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 информации, 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, утвержденный приказом Минздрава России № 173н;

2.2.4. утверждает приказом руководителя уполномоченное лицо для взаимодействия со СМО;

2.2.5. для актуализации сведений, указанных в пункте 2.2.2, осуществляет информационное взаимодействие со СМО через уполномоченного

руководителем медицинского работника;

2.2.6. предоставляет возможность записи для прохождения пациентами диспансерного приема посредством записи через интернет на сайте медицинской организации или на портале государственных услуг, при личном обращении гражданина в поликлинику (регистратуру или посредством информационного киоска самообслуживания) или по телефонной связи (многоканальный телефон, выделение отдельного номера) и информирует СМО через уполномоченного медицинского работника о существующих способах записи пациентов на диспансерный прием;

2.2.7. ежемесячно, в течение 10 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, осуществляет обновление сведений о застрахованных лицах, прошедших диспансерный прием (осмотр, консультацию), обследования, профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия с указанием:

1) даты посещения/обращения застрахованного лица медицинской организации для прохождения диспансерного осмотра;

2) результата диспансерного осмотра, отражающего:

- 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.

2.2.8. обеспечивает соблюдение настоящего Регламента;

2.3. СМО:

2.3.1. осуществляет индивидуальное информирование (посредством SMS-сообщений, электронным сообщением, телефонной, почтовой связи) застрахованных лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, 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 (приглашение);

- не прохождении диспансерного осмотра (напоминание);

2.3.2. не позднее 3 рабочих дней с даты индивидуального информирования застрахованных лиц осуществляет размещение сведений о направлении приглашений на информационном ресурсе;

2.3.3. 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;

2.3.4. ежемесячно направляет списки застрахованных лиц, сформированные в соответствии с пунктом 2.3.3, в медицинские организации, к которым они прикреплены для оказания первичной медико-санитарной помощи и контролирует своевременность актуализации медицинскими организациями сведений о лицах, дополнительно подлежащих включению в списки для вызова на диспансерный осмотр на основании направленной информации;

2.3.5. информирует ТФОМС о неисполнении медицинской организацией обязательств в части актуализации сведений о лицах, дополнительно подлежащих включению в списки для вызова на диспансерный осмотр;

2.3.6. по случаям присвоения III группы состояния здоровья по результатам прохождения диспансеризации и отсутствия данных об определении гражданина в группу диспансерного наблюдения СМО проводятся контрольно-экспертные мероприятия;

2.3.7. 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.

2.3.8. Страховые представители 2 и 3 уровней в рамках принятия мер, направленных на соблюдение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема, качества, в установленные сроки, имеют право:

2.3.8.1. обращаться за содействием к уполномоченному должностному лицу Медицинской организации и получать от него необходимую информацию для урегулирования и оперативного разрешения спорных ситуаций;

2.3.8.2. обращаться к руководителю Медицинской организации и в ТФОМС в случае непредставления уполномоченным должностным лицом Медицинской организации информации и неприятия ими мер, необходимых для решения спорных ситуаций;

2.3.9. По результатам работы страховых представителей всех уровней СМО имеет право вносить предложения по вопросам совершенствования деятельности Медицинских организаций.

2.4. ТФОМС:

2.4.1. обеспечивает интеграцию информационного ресурса с информационной системой персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

2.4.2. осуществляет контроль представления Медицинской организацией информации:

- 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,

- код страховой медицинской организации, которая осуществляет в отношении застрахованного лица обязательства по обязательному медицинскому страхованию и информирует Министерство о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки для принятия управленческих решений;

2.4.3. осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций списков в целях идентификации застрахованных лиц, включенных в списки по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, и определение страховой медицинской организации, ответственной за информирование лиц о необходимости прохождения диспансерного осмотра;

2.4.4. осуществляет контроль предоставления СМО информации согласно пункту 2.3.2. на информационном ресурсе, а также контроль (не реже 1 раза в месяц) информирования граждан страховой медицинской организацией;

3. Заключительные положения

Участники несут ответственность за достоверность предоставляемой информации, качество обработки данных, соблюдение сроков информационного взаимодействия и соблюдения режима обработки персональных данных.