Приложение № 18

к Тарифному соглашению на

медицинскую помощь в системе

обязательного медицинского страхования

Забайкальского края на 2019 год,

утвержденному Соглашением

от 26 декабря 2018 года

**РЕГЛАМЕНТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ   
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ТФОМС ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ И МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, А ТАКЖЕ НА ЭТАПЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**1.Общие положения**

1.1. Настоящий Регламент взаимодействия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских организаций, ТФОМС Забайкальского края и Министерства здравоохранения Забайкальского края при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при прохождении медицинских осмотров (далее соответственно Регламент взаимодействия, информационное сопровождение) принят в целях организации информационного сопровождения застрахованных лиц при прохождении диспансеризации, профилактического медицинского осмотра, а также на этапе осуществления диспансерного наблюдения (далее информационное сопровождение) согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС), приказам Министерства здравоохранения Российской Федерации, от 26.10.2017 года № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра», источником финансового обеспечения которых являются средства обязательного медицинского страхования (далее - медицинские осмотры) и от 21 декабря 2012 года № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» источником финансового обеспечения являются средства обязательного медицинского страхования (далее – диспансерное наблюдение).

1.2. Настоящий Регламент взаимодействия разработан в соответствии с

письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 25.06.2018 № 6696/30-2/5564 "О направлении методических рекомендаций" (вместе с "Методическими рекомендациями по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи") и совместного письма Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №№ 17-0/10/2-5062, 9609/30/и от 01.08.2018 "О взаимодействии участников системы обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе осуществления диспансерного наблюдения".

1.3. Участниками взаимодействия в рамках настоящего Регламента (далее – Участники) являются:

* осуществляющие деятельность в системе обязательного медицинского страхования медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (далее – медицинские организации);
* страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее – страховые медицинские организации);
* территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее – ТФОМС);
* Министерство здравоохранения Забайкальского края.

**2. Информационный ресурс**

2.1. Информационное сопровождение застрахованных лиц при прохождении медицинских осмотров, а также при диспансерном наблюдении осуществляется на основе программного комплекса ТФОМС, интегрированного с информационными системами ТФОМС по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающего круглосуточно в режиме онлайн (далее - информационный ресурс) в соответствии с требованиями пункта 203 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н.

2.2. Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и ТФОМС при информационном сопровождении осуществляется с соблюдением требований по защите персональных данных и иной конфиденциальной информации.

2.3. Обмен информацией осуществляется с использованием информационных файлов в формате XML в соответствии с Приложением №1.

2.4. Организация-отправитель отвечает за подготовку и передачу данных. Организация-получатель отвечает за готовность программно-технической среды, организацию приема данных, прием и контроль полученных данных.

**3. Порядок взаимодействия** **Участников   
при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий**

3.1. Министерство здравоохранения Забайкальского края:

3.1.1. утверждает план медицинских осмотров (диспансеризации, профилактических медицинских осмотров) на текущий календарный год с помесячной разбивкой (Приложения №2.1, №2.2) и направляет его в медицинские организации, а также в ТФОМС (в разрезе медицинских организаций) в срок до последнего рабочего дня года, предшествующего году проведения медицинских осмотров в соответствии с п. 2.3. Регламента взаимодействия;

3.1.2. в целях реализации п. 3.2. Регламента взаимодействия обеспечивает возможность автоматической выгрузки соответствующих сведений из Региональной медицинской информационной системы в информационный ресурс;

3.2. Медицинские организации средствами информационного ресурса в соответствии с п. 2.3. Регламента взаимодействия предоставляют в ТФОМС в срок не позднее 31 января текущего года сведения о лицах, из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий в соответствии с планом проведения профилактических мероприятий в медицинской организации на текущий календарный год.

3.3. ТФОМС в течение 5 рабочих дней с момента предоставления медицинской организацией сведений, на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений, в целях:

а. идентификации страховой принадлежности застрахованных лиц, включенных медицинской организацией в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий;

б. подтверждения прикрепления указанных застрахованных лиц к данной медицинской организации.

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

3.4. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с момента получения протокола средствами информационного ресурса вносит необходимые корректировки в сведения по прикрепленному контингенту и направляет в ТФОМС с учетом результатов идентификации сведения о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий на текущий календарный год, распределенные поквартально с учетом имеющихся возможностей для самостоятельного выполнения работ (услуг), необходимых для проведения профилактических мероприятий в полном объеме, или привлечения для выполнения некоторых видов работ (услуг) иных медицинских организаций на основании заключенного договора.

3.5. Страховая медицинская организация в случае невыполнения медицинской организацией обязательств по своевременному предоставлению сведений о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий и их поквартальном распределении, информирует территориальный фонд обязательного медицинского страхования о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки.

3.6. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации для принятия решений.

3.7. Медицинская организация средствами информационного ресурса ежеквартально не позднее 1 числа месяца отчетного квартала осуществляет актуализацию сведений о лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, и предоставляет данные в страховую медицинскую организацию.

3.8. Медицинская организация обеспечивает доступ страховых представителей 2 уровня в медицинскую организацию для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи.

3.9. Медицинская организация предоставляет страховой медицинской организации в целях оптимизации потока застрахованных лиц, подлежащих медицинским осмотрам:

а. график работы медицинской организации при проведении медицинских осмотров;

б. порядок маршрутизации застрахованных лиц при проведении медицинских осмотров;

в. телефон ответственного лица медицинской организации, отвечающего за эффективное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями.

3.10. Страховой представитель 2 уровня содействует привлечению застрахованных лиц, включенных медицинскими организациями в списки, к прохождению 1 этапа профилактических мероприятий, в том числе организует их индивидуальное информирование в письменной или иных формах о возможности прохождения профилактических мероприятий в текущем квартале (месяце) в медицинской организации, к которой они прикреплены.

3.11. Индивидуальное информирование застрахованных лиц, включенных медицинскими организациями в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий на первый квартал текущего года, осуществляется страховой медицинской организацией в течение 10 - 15 рабочих дней с момента получения от медицинских организаций необходимых сведений, включенных в последующие отчетные кварталы - в течение 10 - 15 рабочих дней первого месяца отчетного квартала.

3.12. Страховой представитель 2 уровня ежеквартально по итогам квартала организует ведение учета застрахованных лиц, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, но не обратившихся в медицинскую организацию для их прохождения, в том числе для проведения телефонных опросов данных застрахованных лиц страховым представителем 1 уровня.

3.13. Страховой представитель 1 уровня осуществляет телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них.

При этом количество лиц, подлежащих опросам должно составлять не менее 0,5% от числа лиц, прошедших по данным реестров-счетов диспансеризацию, и 0,5% от числа лиц, не прошедших диспансеризацию в отчетном квартале по каждой медицинской организации.

3.14. Страховой представитель 2 уровня анализирует данные опросов, результаты опроса страховая медицинская организация доводит до руководителей медицинских организаций, территориальных фондов, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации.

3.15. ТФОМС обрабатывает информацию, полученную от страховых медицинских организаций, и направляет ее в Министерство здравоохранения Забайкальского края для принятия необходимых решений (изменения графика работы медицинских организаций, формирования мобильных медицинских бригад, проведения разъяснительной работы с руководителями организаций и предприятий о необходимости беспрепятственного предоставления работникам возможности прохождения профилактических мероприятий и др.).

3.16. Медицинская организация по результатам проведения 1 этапа профилактических мероприятий вносит в реестр счетов информацию о законченном случае оказания медицинской помощи по каждому застрахованному лицу.

3.17. Страховой представитель 2 уровня на основании результатов профилактических мероприятий, отраженных в реестрах счетов, ежемесячно ведет учет застрахованных лиц:

- не прошедших 1 этап профилактических мероприятий;

- подлежащих и отказавшихся от прохождения 2 этапа профилактических мероприятий;

- подлежащих взятию на диспансерное наблюдение.

3.18. Страховой представитель 2 уровня организует в последующие периоды повторное информирование застрахованных лиц о необходимости прохождения 1 этапа профилактических мероприятий, в том числе с изменением каналов информирования при необходимости, контроль полноты охвата 2 этапом профилактических мероприятии застрахованных лиц и своевременности его проведения, в том числе:

а. контролирует по реестрам счетов, предъявленных к оплате, факты обращений застрахованных лиц в медицинские организации для прохождения 2 этапа профилактических мероприятий;

б. при отсутствии информации об обращении в медицинскую организацию для прохождения 2 этапа профилактических мероприятий в течение 3 месяцев после завершения 1 этапа профилактических мероприятий организует информирование застрахованных лиц о необходимости обращения в медицинскую организацию для проведения дальнейших профилактических мероприятий в рамках 2 этапа;

в. осуществляет анализ работы медицинских организаций по показателю полноты охвата в 3-месячный срок 2 этапом профилактических мероприятии лиц, подлежащих прохождению 2 этапа профилактических мероприятий и не отказавшихся от него.

3.19. Страховой представитель 2 уровня ежеквартально по данным оплаченных реестров-счетов анализирует результаты профилактических мероприятий, на основании которых формирует и ведет аналитический учет застрахованных лиц:

а. не прошедших профилактические мероприятия в установленный срок;

б. прошедших профилактические мероприятия (в полном объеме или частично) в разрезе присвоенных им групп здоровья и установленных диагнозов хронических заболеваний, подлежащих дальнейшему диспансерному наблюдению и лечению.

3.20. Данные о присвоенной группе здоровья и выявленных хронических заболеваниях, полученные страховыми представителями 2 уровня, подлежат сохранению на информационном ресурсе, доступ к которому имеют страховые представители 3 уровня.

3.21. Страховые представители 3 уровня контролируют фактическое потребление застрахованными лицами объемов медицинской помощи в медицинских организациях, анализируют своевременность диспансерного наблюдения, плановых госпитализаций и иных рекомендаций по результатам диспансеризации, и организует их индивидуальное информирование (при наличии согласия) о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению.

3.22. Медицинская организация по результатам проведения 2 этапа профилактических мероприятий вносит в реестр счетов для страховой медицинской организации по каждому застрахованному лицу, прошедшему 2 этап профилактических мероприятий, информацию о выданных назначениях и результатах проведенных мероприятий в соответствии с установленной формой.

**4. Порядок взаимодействия** **Участников   
при организации прохождения застрахованными лицами**

**диспансерного наблюдения**

4.1. Министерство здравоохранения Забайкальского края обеспечивает организацию и проведение диспансерного наблюдения.

4.2. Медицинские организации:

4.2.1. ведут учет граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, и обеспечивают 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-ФЭ «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);

4.2.2. утверждают планы проведения диспансерного наблюдения граждан, находящихся под диспансерным наблюдением в медицинской организации по состоянию на начало текущего календарного года с помесячной разбивкой и направляет его в ТФОМС в соответствии с п. 2.3. Регламента взаимодействия в срок до последнего рабочего дня года, предшествующего году проведения диспансерного наблюдения (Приложение № 2.3) (далее - план диспансерного наблюдения);

4.2.3. на основании планов диспансерного наблюдения по состоянию на начало календарного года в срок до 31 января отчетного года обеспечивают размещение на информационном ресурсе в соответствии с п. 2.3. Регламента взаимодействия списков граждан, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем календарном году, с помесячной их разбивкой в разрезе медицинских работников медицинской организации, осуществляющих диспансерное наблюдение;

4.2.4. обеспечивают (при необходимости) в срок в срок не позднее первого числа отчетного месяца ежемесячную актуализацию указанных в пункте 4.2.3 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 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 №1344;

* + 1. утверждают приказом руководителя уполномоченное лицо для взаимодействия со страховой медицинской организацией и доводят соответствующую информацию до сведения страховых медицинских организаций;
    2. для актуализации сведений, указанных в пункте 4.2.3, осуществляет информационное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями через уполномоченного руководителем медицинской организации медицинского работника;
    3. предоставляют 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;

4.2.8. обеспечивают корректное внесение информации о застрахованных лицах, прошедших диспансерный прием (осмотр, консультацию), обследования, профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия в реестр оказанной медицинской помощи за соответствующий отчетный период;

* + 1. обеспечивают актуализацию данных о проведении гражданам профилактических медицинских осмотров, в том числе граждан, состоящих на диспансерном учете.

4.3. ТФОМС:

4.3.1. осуществляет контроль представления и актуализации медицинской организацией информации согласно пунктам 4.2.3, 4.4.5. на информационном ресурсе и информирует Министерство здравоохранения Забайкальского края о перечне медицинских организаций, не исполнивших данные обязательства в установленные сроки для принятия управленческих решений;

* + 1. в течение 2 рабочих дней с момента предоставления медицинской организацией сведений, указанных в п. 4.2.3. 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. с учетом результатов идентификации направляет уточненные сведения о лицах, подлежащих диспансерному наблюдению, в соответствующие страховые медицинские организации;
    3. осуществляет контроль предоставления страховой медицинской организацией информации согласно пункту 4.4.2 на информационном ресурсе, а также контроль (не реже 1 раза в месяц) информирования граждан страховой медицинской организацией.

4.4.Страховые медицинские организации:

4.4.1. осуществляют 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);
  + 1. не позднее трех рабочих дней с даты индивидуального информирования застрахованных лиц осуществляет размещение сведений о направлении приглашений на информационном ресурсе;

4.4.3. 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;

* + 1. направляет списки застрахованных лиц, сформированные в соответствии с пунктом 4.4.3 (Приложения №3) в медицинские организации, к которым они прикреплены для оказания первичной медико-санитарной помощи, не реже 1 раза в квартал в срок не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом и контролирует своевременность актуализации медицинскими организациями сведений о лицах, дополнительно подлежащих включению в списки для вызова на диспансерный осмотр на основании направленной информации;
    2. информирует ТФОМС о неисполнении медицинской организацией обязательств в части актуализации сведений о лицах, дополнительно подлежащих включению в списки для вызова на диспансерный осмотр;
    3. 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;
    4. в целях организации повторного информирования осуществляет мониторинг полученных от медицинских организаций данных о проведении гражданам профилактических медицинских осмотров, в том числе граждан, состоящих на диспансерном учете.

1. **Заключительные положения**

5.1. Министерство здравоохранения Забайкальского края, ТФОМС, страховые медицинские организации, медицинские организации назначают лиц, ответственных за осуществление информационного сопровождения застрахованных лиц при прохождении медицинских осмотров, а также на этапе осуществления диспансерного наблюдения в соответствии с Регламентом взаимодействия, и доводят данную информацию до остальных участников взаимодействия.

5.2. В рамках информационного сопровождения застрахованных лиц при прохождении медицинских осмотров ТФОМС организует ведение Реестра страховых представителей и осуществление мониторинга деятельности страховых представителей на основании данных, предоставляемых страховыми медицинскими организациями. Порядок ведения Реестра страховых представителей и осуществления мониторинга деятельности страховых представителей определяется приказом ТФОМС.