



**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
(ТФОМС Тюменской области)**

ПРИКАЗ

28 февраля 2014

№ 13/1 *ор*

г. Тюмень

**О порядке информационного взаимодействия при осуществлении
информационного сопровождения застрахованных лиц страховыми
медицинскими организациями при организации оказания им медицинской
помощи в сфере обязательного медицинского страхования в Тюменской области**

В целях реализации раздела XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н, приказа ФФОМС от 20.12.2013 N 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", приказа ФФОМС от 31.12.2013 N 294 «Об утверждении формы отчетности», Тарифного соглашения на оплату медицинских услуг и реализацию мероприятий по программе обязательного медицинского страхования на территории Тюменской области в 2014 году,

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить порядок информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования в Тюменской области (далее - Порядок), в соответствии с Приложением № 1 к настоящему приказу.

2. ТФОМС Тюменской области обеспечить:

2.1. Начальнику отдела информационного обеспечения А.В. Кармазину организацию и функционирование единого информационного ресурса посредством защищенной сети передачи данных VipNet ТФОМС Тюменской области, а также предоставление доступа к нему всем участникам информационного взаимодействия в срок до 01.03.2014 года;

2.2. Начальнику управления организации ОМС В.В. Грибоедовой координацию взаимодействия страховых медицинских организаций с медицинскими организациями по вопросам информационного сопровождения застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями при организации оказания им медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в Тюменской области;

-предоставление в отдел информационного обеспечения сведений о плановых объемах в разрезе профилей коек и страховых медицинских организаций в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования в срок до 28.02.2014 года, затем по мере внесения изменений.

3. Рекомендовать главным врачам медицинских организаций обеспечить с 01.03.2014 года:

3.1. Назначение ответственных лиц за информационное сопровождение застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями при организации оказания им медицинской помощи;

3.2. Исполнение Порядка информационного сопровождения застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями при организации оказания им медицинской помощи;

3.3. Заполнение отчетных форм ежедневно до 8.30 в едином информационном ресурсе посредством защищенной сети передачи данных VipNet ТФОМС Тюменской области;

3.4. Информирование застрахованного лица или его законного представителя о сроках ожидания медицинской помощи и количестве свободных мест на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

3.5. Проведение внутриведомственной экспертизы обоснованности направления на госпитализацию и мотивированного отказа от госпитализации.

4. Рекомендовать страховым медицинским организациям обеспечить с 01.03.2014 года:

4.1. Назначение ответственных лиц за информационное сопровождение застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями при организации оказания им медицинской помощи;

4.2. Заполнение отчетных форм ежедневно до 8.30 в едином информационном ресурсе посредством защищенной сети передачи данных VipNet ТФОМС Тюменской области;

4.3. Информирование застрахованных о дате госпитализации не менее чем за 3 суток (в том числе посредством SMS, Интернет-сообщением и т.д.);

4.4. Мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, а также контроль за своевременностью госпитализации;

4.5. Организацию защиты прав и законных интересов граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи, информирование ТФОМС Тюменской области о принятых мерах ежемесячно, в срок до 20 числа, следующего за отчетным.

5. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя директора по медицинскому страхованию ТФОМС Тюменской области.

Директор



Т.В. Чиряьева

**Порядок информационного взаимодействия при осуществлении
информационного сопровождения застрахованных лиц при организации
оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в
сфере обязательного медицинского страхования в Тюменской области**

1. Настоящий Порядок определяет порядок информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями при организации оказания им медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в Тюменской области.

2. Участниками информационного взаимодействия являются:

- ТФОМС Тюменской области
- страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области;
- медицинские организации, оказывающие стационарную помощь;
- медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Информационный обмен осуществляется в едином информационном ресурсе посредством защищенной сети передачи данных VipNet ТФОМС Тюменской области путем передачи информации по формам, установленным Приложением № 1 к настоящему Порядку. Доступ участников к единому информационному ресурсу предоставляется ТФОМС Тюменской области в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к защите информации.

3. Медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, ежедневно до 8.30 заполняют информацию согласно формату, установленным в приложении №1 к настоящему Порядку или загружают сводную информацию согласно формату, установленным в приложении №2 к настоящему Порядку в единый информационный ресурс посредством защищенной сети передачи данных VipNet ТФОМС Тюменской области: сведения о фактах госпитализации по направлениям (Таблица 2) и экстренно (Таблица 3), об отказах от госпитализации (Таблица 4), а также о выбывших пациентах (Таблица 5), о наличии свободных мест на госпитализацию, движении пациентов в разрезе профилей и о выполненных объемах медицинской помощи с учетом периода ожидания (Таблица 6).

4. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях:

- осуществляет выдачу направлений на основании порядков оказания медицинской помощи, установленных департаментом здравоохранения, в соответствии со сведениями о наличии свободных мест и сроков ожидания стационарной медицинской помощи по данному профилю (койки), установленных территориальной программой ОМС.

- ежедневно до 8.30 по состоянию на 20-00 часов предшествующего дня предоставляют сведения о выписанных направлениях (Таблица 1), об отказах от госпитализации (Таблица 4) в электронном виде в единый информационный ресурс

3. ТФОМС Тюменской области:

- по мере внесения изменений предоставляет в единый информационный ресурс сведения о плановых объемах в разрезе профилей и страховых медицинских организаций, в соответствии с территориальной программой ОМС;

- определяет доступ к обрабатываемым сведениям для участников информационного взаимодействия.

4. Страховая медицинская организация:

- 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);

- получает сведения о количестве свободных коек и выполненных объемах медицинской помощи. Перечень передаваемых сведений представлен в Таблице 6;

- направляет в единый информационный ресурс сведения об отказах от госпитализации в связи с инициативным отказом или смертью застрахованного лица (Таблица 4);

- ежедневно обобщает и ведет учет полученной информации по состоянию на 09.00 часов.

5. Экстренная госпитализация из медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, проводится без предварительного согласования с медицинской организацией, оказывающей стационарную медицинскую.

6. Страховая медицинская организация в случае отказа застрахованного лица или его законного представителя от госпитализации на основе информации, поступающей от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, при регистрации отказа в медицинской карте амбулаторного больного и анализа причин неявки застрахованного лица на плановую госпитализацию, при необходимости, обеспечивает организацию госпитализации застрахованного лица.

7. Страховая медицинская организация 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 ТФОМС Тюменской области по форме, установленной Приложением № 3 к настоящему Порядку.

8. Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и ТФОМС Тюменской области осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите конфиденциальной информации.

9. Страховая медицинская организация обеспечивает мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, а также контроль за своевременностью госпитализации.

Приложение № 1
к Порядку информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования в Тюменской области

Состав сведений при осуществлении информационного обмена
Таблица 1. Состав сведений о направлении на госпитализацию

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	Уникален в пределах субъекта Российской Федерации
Да	Дата направления	
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	
Усл	Код подразделения медицинской организации, направившей на госпитализацию	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Реестровый номер медицинской организации, куда направлен пациент	
Усл	Код подразделения медицинской организации, куда направлен пациент	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Тип документа, подтверждающего факт страхования по обязательному медицинскому страхованию	
Усл	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	
Усл	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Контакт	Номер телефона застрахованного лица
Да	Код диагноза по МКБ-10	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)

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Номер направления	
Да	Дата направления	
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная
Да	Реестровый номер медицинской организации	
Усл	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Реестровый номер медицинской организации, направившей на госпитализацию	
Усл	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 ОМС	
Усл	Серия полиса ОМС	Указывается для полисов старого образца при наличии
Да	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
Да	Фамилия	
Да	Имя	
Усл	Отчество	Указывается при наличии
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	N карты стационарного больного	
Да	Диагноз приемного отделения	В соответствии с МКБ-10 с указанием подрубрики

Таблица 3. Состав сведений об экстренной госпитализации

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

Таблица 4. Состав сведений об аннулировании направления на госпитализацию

Обяз.	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	
Усл	Код подразделения медицинской организации - источника аннулирования	Региональный справочник. Указывается для медицинской организации при наличии подразделений
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. Состав сведений о пациентах, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Усл	Номер направления	Для госпитализаций по направлению
Усл	Дата направления	Для госпитализаций по направлению
Да	Форма оказания медицинской помощи	1 - плановая 2 - неотложная 3 - экстренная
Да	Реестровый номер медицинской организации	
Усл	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Дата госпитализации	
Да	Дата выбытия	
Да	Пол	
Да	Дата рождения	
Да	Профиль койки	
Да	Код отделения (профиль)	
Да	№ карты стационарного больного	

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

Обяз.	Наименование	Дополнительная информация
Да	Дата	
Да	Реестровый номер медицинской организации	
Усл	Код подразделения медицинской организации	Региональный справочник. Указывается при наличии подразделений
Да	Профиль койки	
Да	Состояло пациентов на отчетный период	
Да	Поступило пациентов за отчетный период	
Да	Выбыло пациентов за отчетный период	
Да	Планируется госпитализаций (направлений на госпитализацию) на отчетный период	
Да	Количество свободных коек на конец отчетного периода (с учетом планируемой госпитализации) всего	
Да	в том числе: мужские	
Да	женские	
Да	детские	
Да	Исполнение объемов в части количества госпитализаций в разрезе страховых медицинских организаций	
Да	Исполнение объемов в части количества койко-дней в разрезе страховых медицинских организаций	

Приложение № 2
к Порядку информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями при оказании помощи им медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в Тюменской области

Таблица 1. Сводная таблица для загрузки информации в единый информационный ресурс

Наименование	Обязательность	Формат	Примечания
Номер п/п	Да	N(3)	1,2,3...
Номер направления	Усл.	T(20)	Обязательно, при госпитализации по направлению
Дата направления	Усл.	дд.мм.гггг	Обязательно, при госпитализации по направлению
Форма оказания медицинской помощи	Да	N(1)	1-Плановая, 2-Неотложная, 3-Экстренная
Реестровый номер МО	Да	N(6)	Справочник Реестр МО
Код подразделения МО	Да	T(25)	Справочник подразделений МО
Реестровый номер МО, направившей на госпитализацию	Усл.	N(6)	Справочник Реестр МО. Обязательно, при госпитализации по направлению
Код подразделения МО, направившей на госпитализацию	Усл.	T(25)	Справочник Реестр МО. Обязательно, при госпитализации по направлению
Дата, время факт. Госпитализации	Да	дд.мм.гггг чч:мм	
СМО, где застрахован	Усл.	N(5)	Реестровый номер СМО. Обязательно, при госпитализации по направлению. Заполняется при выписки, если не было указано при госпитализации, при отсутствии не заполняется
Субъект РФ, где застрахован	Усл.	N(5)	Код по ОКАТО. Обязательно, при госпитализации по направлению. Заполняется при выписки, если не было указано при госпитализации, при отсутствии не заполняется

Тип полиса ОМС	Усл.	N(1)	Обязательно, при госпитализации по направлению. 1 -Временное свидетельство, 2-Полис старого образца, 3-Нового образца. Заполняется при выписки, если не было указано при госпитализации, при отсутствии не заполняется
Серия полиса ОМС	Усл.	N(10)	Обязательно, для полиса старого образца. Обязательно, при госпитализации по направлению. Заполняется при выписки, если не было указано при госпитализации, при отсутствии не заполняется
Номер полиса ОМС	Усл.	N(20)	Обязательно, при госпитализации по направлению. Заполняется при выписки, если не было указано при госпитализации, при отсутствии не заполняется
Фамилия	Усл.	T(40)	Обязательно, при госпитализации по направлению. Заполняется при выписки, если не было указано при госпитализации, при отсутствии не заполняется
Имя	Усл.	T(40)	Обязательно, при госпитализации по направлению. Заполняется при выписки, если не было указано при госпитализации, при отсутствии не заполняется
Отчество	Усл.	T(40)	Обязательно, при госпитализации по направлению. Заполняется при выписки, если не было указано при госпитализации, при отсутствии не заполняется
Пол	Да	T(1)	м-мужской, ж-женский
Дата рождения	Усл.	дд.мм.гггг	Обязательно, при госпитализации по направлению. Заполняется при выписки, если не было указано при госпитализации, при отсутствии не заполняется
Код отделения (профиль)	Да	N(3)	Код по справочнику профилей
Профиль койки	Да	N(3)	Код по справочнику профилей
№ карты стац. больного	Да	T(100)	
Диагноз приемного отделения	Да	T(10)	Код по МКБ-10
Дата выбытия	Да	дд.мм.гггг	Заполняется при выбытии пациента
Код исхода заболевания	Да		Справочник исходы заболеваний. Заполняется при выбытии пациента

Приложение № 3

к Порядку информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования в Тюменской области

ОТЧЕТ ОБ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ за _____ 2014г.

Предоставляют:	Сроки предоставления
Страховые медицинские организации (филиалы страховых медицинских организаций), заключившие договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования - территориальному фонду обязательного медицинского страхования	до 20 числа месяца, следующего за отчетным за год до 1 марта

Приказ ТФОМС
Тюменской области
от 28.02.2013 №

Ежемесячная
Годовая

Наименование отчитывающейся организации:	
Почтовый адрес:	
Код отчитывающейся организации по ОКПО	

Сведения о направлениях на госпитализацию, состоявшихся госпитализациях, отказах от госпитализации, количестве выбывших пациентов и планируемых госпитализациях на отчетный период

Коды по ОКЕИ: единица - 642, человек - 792

Наименование показателя	№ строки	Численность лиц, обратившихся за медицинской помощью	
		3	4
1	2	За отчетный период	с начала года
Количество медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, всего	01		
в том числе количество медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, подававших в отчетном периоде информацию, предусмотренную главой XV Правил обязательного медицинского страхования	01.1.		
Количество медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, всего	02		
в том числе количество медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подававших в отчетном периоде информацию, предусмотренную главой XV Правил обязательного медицинского страхования	02.1		
Объемы медицинской помощи, установленные Комиссией по разработке территориальной программы ОМС, для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, всего	03		
в том числе: в разрезе профилей (кодов) отделений по медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях	03.1.		
Выполненные объемы медицинской помощи по медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях, всего:	04		
в том числе: в разрезе профилей (кодов) отделений по медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях	04.1		
Число свободных мест на госпитализацию, всего:	05		
Численность застрахованных лиц, получивших направление на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, всего:	06		
в том числе:			
численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме на территории субъекта РФ	06.1		

численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию и получивших направление для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях за пределами субъекта Российской Федерации	06.2		
численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию и получивших направление в неотложной форме для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях	06.3		
Численность застрахованных лиц, госпитализированных в медицинские организации для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, всего:	07		
в том числе:			
численность застрахованных лиц, госпитализированных в медицинские организации в экстренной и неотложной форме для оказания медицинской помощи в стационарных условиях	07.1		
Численность лиц, выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	08		
Численность застрахованных лиц, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, всего	09		
в том числе:			
в связи с отказом застрахованных лиц	09.1.		
Планируется госпитализаций (направлений на госпитализацию) на следующий отчетный период	10		

Справочно:

Число госпитализаций с превышением установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта Российской Федерации сроков ожидания _____ (госпитализаций)

Фактическая средняя длительность ожидания госпитализации _____ (дней)

Руководитель СМО _____ (Ф.И.О.)
(подпись)

_____ 2014 г.

тел. () _____

Контактные данные исполнителя (ФИО, должность, тел., электронная почта).

**Порядок
предоставления отчетной формы «Отчет об информационном
сопровождении застрахованных лиц при организации оказания им
медицинской помощи»**

Отчет по форме «Отчет об информационном сопровождении застрахованных лиц при организации им медицинской помощи» (далее - Отчет) представляется страховыми медицинскими организациями, включенными в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация (филиал страховой медицинской организации) представляет Отчет в территориальный фонд обязательного медицинского страхования ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, и за год - до 1 марта года, следующего за отчетным.

Если дата представления Отчета приходится на нерабочий (выходной) день, то сроком предоставления Отчета считается первый рабочий день, следующий за ним.

В адресной части Отчета указывается полное наименование отчитывающейся страховой медицинской организации (филиала) в соответствии с учредительными документами, зарегистрированными в установленном порядке. В скобках приводится сокращенное наименование.

По строке "Почтовый адрес" указывается почтовый адрес отчитывающейся страховой медицинской организации.

При заполнении кодовой зоны титульного листа Отчета проставляется код Общероссийского классификатора предприятий и организаций (ОКПО).

Основными требованиями при составлении Отчета являются полнота и достоверность отраженных данных, и своевременность представления Отчета.

Отчет заполняется по всем предусмотренным показателям. В случае отсутствия данных в строке ставится прочерк.

Отчет подписывается руководителем страховой медицинской организации (филиала) с указанием контактных данных исполнителя (ФИО, должность, телефон, электронная почта) и даты составления Отчета.

Отчет представляется в электронном виде с электронной подписью руководителя, выданной удостоверяющим центром Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В графе 1 в добавляемых строках отражаются сведения о наименовании медицинских организаций или профилей (кодов) отделений.

В графе 3 отражаются сведения за отчетный период.

В графе 4 отражаются сведения нарастающим итогом с начала года.

По строке 01 отражаются сведения об общем количестве медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у СМО заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

По строке 01.1 отражаются сведения, в том числе о количестве медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, подававших в отчетном периоде информацию, предусмотренную главой XV Правил обязательного медицинского страхования.

По строке 02 отражаются сведения об общем количестве медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с которыми у СМО заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

По строке 02.1 отражаются сведения, в том числе о количестве медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подававших в отчетном периоде информацию, предусмотренную главой XV Правил обязательного медицинского страхования.

По строке 03 отражаются сведения об объемах медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования по всем медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у СМО заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

По строке 03.1 отражаются сведения, в том числе об объемах медицинской помощи в разрезе профилей (кодов) отделений по медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях и в соответствии с количеством профилей (кодов) отделений, добавляются строки 03.2, 03.3, 03.4 и далее.

По строке 04 отражаются сведения о выполненных объемах медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования по всем медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях, с которыми у СМО заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

По строке 04.1 отражаются сведения, в том числе о выполненных объемах медицинской помощи, в разрезе профилей (кодов) отделений и в соответствии с количеством профилей (кодов) отделений, добавляются строки 04.2, 04.3, 04.4 и далее.

По строке 05 отражаются сведения о числе свободных мест на госпитализацию, всего на конец отчетного периода.

По строке 06 отражаются сведения о численности застрахованных лиц, получивших направление на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, всего.

По строке 06.1 отражаются сведения, в том числе о численности застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию и получивших направление для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме на территории субъекта Российской Федерации.

По строке 06.2 отражаются сведения выбравших медицинскую организацию и получивших направление для оказания медицинской помощи в стационарных условиях за пределами субъекта Российской Федерации (указываются выданные направления на госпитализацию для получения высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях, расположенных в других субъектах Российской Федерации, в том числе межмуниципальных или межсубъектовых медицинских центрах. Эти данные СМО указывает только на основании реестровых номеров медицинских организаций).

По строке 06.3 отражаются сведения о численности застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию и получивших направление в неотложной форме для оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

По строке 07 отражаются сведения о численности застрахованных лиц, госпитализированных в медицинские организации для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, всего.

По строке 07.1 отражаются сведения о численности застрахованных лиц, госпитализированных в медицинские организации в экстренной и неотложной форме для оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

По строке 08 отражаются сведения о численности выбывших из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

По строке 09 отражаются сведения о численности лиц, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, всего. Указываются случаи госпитализации, не состоявшиеся в запланированные сроки (с учетом сроков ожидания

медицинской помощи), за исключением случаев госпитализации, по которым повторно организованные госпитализации состоялись до окончания отчетного периода.

По строке 09.1 отражаются сведения, в том числе в связи с отказом застрахованных лиц.

По строке 10 отражаются сведения о планируемых госпитализациях (направлениях на госпитализацию) на следующий отчетный период. Указывается число выданных направлений на госпитализацию, срок которых приходится на следующий отчетный период.

Справочно:

Фактическая средняя длительность ожидания госпитализации рассчитывается по формуле:

$СДО=1 (Дпл-Днапр) / Кбол,$

СДО - средняя длительность ожидания госпитализации Дпл_плановая дата госпитализации*;

Днапр — дата направления на госпитализацию*;

(ДшгДнапр) - число дней ожидания госпитализации каждым больным, день направления и день плановой госпитализации считаются за один день;

КБОЛ- число направленных на госпитализацию больных

*Согласно Таблице 1 Порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного Приказом ФОМС от 20.12.2013 № 263.