Проект 1

**Порядок**

**информационного взаимодействия между ТФОМС Владимирской области, медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи**

В соответствии с главой 5 Порядка ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 №29н персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, ведется в электронном виде медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования, и территориальными фондами.

Медицинская организация, страховая медицинская организация и территориальный фонд приказом определяют работников, допущенных к работе со сведениями персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и обеспечивают их конфиденциальность в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации по защите персональных данных.

Медицинские организации в течение первых двух рабочих дней, следующих за отчетным месяцем представляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальный фонд.

Сведения предоставляются в одном или нескольких архивных файлах по защищенным каналам сети ViPNet.

Форматы файлов утверждены совместным приказом ДЗАВО и ТФОМС Владимирской области.

В обязательном порядке медицинской организацией заполняется блок «DATE\_SP», содержащий в структуре тэг «DATE\_L» - «Дата окончания/начала лечения», по которой определяется страховая принадлежность для конкретного случая.

Территориальный фонд в течение двух рабочих дней на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

На этапе автоматизированной обработки сведений персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальном фонде производится:

1) идентификация застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определение страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета;

2) выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования;

3) направление в электронном виде результатов, полученных в соответствии с [подпунктами 1](#P180) и [2](#P181) настоящего пункта, в медицинскую организацию, оказавшую медицинскую помощь застрахованным лицам.

В ответном файле со сведениями о персональных данных по защищенным каналам сети ViPNet направляется заполненный блок «DATE\_SP», содержащий в структуре тэг «SP\_RESULT» - «Код определения страховой принадлежности» с сопутствующей информацией в соответствии с утвержденными форматами.

Медицинская организация по результатам автоматизированной обработки сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, проведенной территориальным фондом, представляет их по защищенным каналам сети ViPNet в страховые медицинские организации в объеме и сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в ТФОМС Владимирской области в соответствии с требованиями Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н.

Форматы файлов утверждены совместным приказом ДЗАВО и ТФОМС Владимирской области. При этом, в файлах сохраняется блок «DATE\_SP» с со всеми значениями тэгов.

После проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сведения в виде информационных файлов передаются страховой медицинской организацией по защищенным каналам сети ViPNet в медицинские организации и территориальный фонд в сроки, предусмотренные договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

В случае затруднений в определении территории страхования лица, которому была оказана медицинская помощь вне территории страхования, территориальный фонд формирует электронный запрос в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц, где в течение 5 рабочих дней осуществляется проверка и формируется ответ с указанием выявленной территории страхования и действующего номера полиса застрахованного лица.

Обмен данными между медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами и Федеральным фондом в целях ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая сеть Интернет, с использованием электронной цифровой подписи в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.