

РЕГЛАМЕНТ
информационного взаимодействия
между участниками системы обязательного медицинского страхования
Республики Крым, в части ведения персонифицированного учета сведений о
медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам и предоставления
медицинскими организациями счетов и реестров счетов за медицинские услуги,
оказанные по территориальной программе обязательного медицинского
страхования

Настоящий регламент разработан в целях реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования 2015 года на основании:

- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 №158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (в редакции приказа от 20.11.2013 №859ан);
- приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрирован в Минюсте РФ 28.01.2011 №19614) (в редакции приказа ФОМС от 16.08.2011 №144);
- порядка оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Крым на 2015 год (Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Крым на 2015 год);
- методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденные Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 30.12.2011;
- 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 Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 №79 (с изменениями от 26.12.2013) «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Общие положения

1. Настоящий документ определяет:

1.1. Порядок предоставления медицинскими организациями счетов и реестров счетов к оплате за медицинские услуги, оказанные в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017гг.;

1.2. Правила предоставления информации в электронном виде при информационном взаимодействии между территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Крым (далее - ТФОМС), страховыми медицинскими организациями (далее - СМО), медицинскими организациями (далее - МО) при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи;

1.4. Реестр нормативно-справочной информации (далее - НСИ);

1.5. Форму реестра счетов на оплату медицинской помощи и порядок ведения реестра счетов на бумажном и электронном носителе.

Сроки и порядок предоставления медицинскими организациями счетов и реестров счетов к оплате за медицинские услуги

2. Участники информационного взаимодействия в системе ОМС должны придерживаться следующих сроков и порядка предоставления сведений:

2.1. МО с **25 числа отчетного месяца в течение 2-х рабочих дней** направляют в ТФОМС по защищенному каналу связи ViPNet, а при его отсутствии - на магнитном носителе МО, все сформированные файлы реестров счетов оказанной медицинской помощи (далее – файлы реестров счетов);

2.2. ТФОМС **в течение 2-х рабочих дней** после предоставления МО файлов реестров счетов проводит определение страховой принадлежности (ОСП), форматно-логический контроль (ФЛК), медико-экономический контроль (МЭК) в пределах своей компетенции;

2.3. ТФОМС **в течение 1-го рабочего дня** после проведения проверок производит формирование реестров счетов в разрезе страховой принадлежности и отправку файлов реестров счетов по защищенному каналу связи ViPNet в СМО. ТФОМС формирует электронные варианты бумажных счетов МО в СМО из своего программного средства либо выписывает информацию о суммах в разрезе СМО и условий оказания помощи и направляет в МО по защищенному каналу связи ViPNet, а при его отсутствии - на магнитном носителе МО;

2.4. ТФОМС **в течение 1-го рабочего дня** после проведения проверок передает в МО по защищенному каналу связи ViPNet проверенный файл реестров счетов (файл-ответ) с указанными суммами оплаты и выявленными дефектами, по лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации. В МО, где нет защищенного канала связи ViPNet, файл-ответ передается на магнитном носителе МО по мере обращения МО в ТФОМС. ТФОМС формирует Акт медико-экономического контроля (Приложение №4) на бумажном носителе в 2-х экземплярах. После подписания Акта МЭК руководителем МО 1 экземпляр возвращается в ТФОМС.

2.5. МО в течение 2-х рабочих дней со дня передачи ТФОМС информации о суммах распечатывает, подписывает руководителем МО и передает в бумажном виде бухгалтерские счета по межтерриториальным расчетам в ТФОМС (Приложение №2) и остальные бухгалтерские счета в СМО (Приложение №1);

2.6. СМО в течение 2-х рабочих дней со дня передачи ТФОМС файлов реестров счетов проводит определение страховой принадлежности (ОСП), форматно-логический контроль (ФЛК), медико-экономический контроль (МЭК) в пределах своей компетенции;

2.7. СМО в течение 1-го рабочего дня после проведения проверок файлов реестров счетов формирует Акт приема-передачи реестров счетов (Приложение №3) и передает подписанный руководителем или уполномоченным лицом Акт в ТФОМС. СМО направляет в ТФОМС по защищенному каналу связи ViPNet проверенные файлы реестров счетов (файлы-ответы) с указанными суммами оплаты и выявленными дефектами.

2.8. СМО в течение 1-го рабочего дня с момента подписания с ТФОМС Акта приема-передачи передает по защищенному каналу связи ViPNet в МО проверенные файлы реестров счетов (файлы-ответы) с указанными суммами оплаты и выявленными дефектами. В МО, где нет защищенного канала связи ViPNet, файл-ответ передается на магнитном носителе МО по мере обращения МО в СМО. СМО формирует Акт медико-экономического контроля (Приложение №4) на бумажном носителе в 2-х экземплярах и передает подписанный руководителем или уполномоченным лицом Акт в МО. После подписания Акта МЭК руководителем МО 1 экземпляр возвращается в СМО.

Формат электронных данных при выставлении счетов на оплату за оказанную медицинскую помощь

3. При выставлении МО счетов на оплату медицинской помощи в электронном виде применяются форматы согласно приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 №79 (с изменениями от 26.12.2013) «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» Приложение Д. Территориальные дополнения и/или изменения на данный момент не предусмотрены.

Перечень нормативно-справочной информации (далее – НСИ) и реестров в сфере ОМС:

4. При учете медицинской помощи используются следующие справочники и классификаторы:

N	Код	Наименование
1	M001	Международная классификация болезней и состояний, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10)

2	<u>V002</u>	Классификатор профилей оказанной медицинской помощи
3	<u>V003</u>	Классификатор работ (услуг) при лицензировании медицинской помощи
4	<u>V005</u>	Классификатор пола застрахованного
5	<u>V006</u>	Классификатор условий оказания медицинской помощи
6	<u>V008</u>	Классификатор видов медицинской помощи
7	<u>V009</u>	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью
8	<u>V010</u>	Классификатор способов оплаты медицинской помощи
9	<u>V012</u>	Классификатор исходов заболевания
10	<u>V014</u>	Классификатор форм оказания медицинской помощи
11	<u>V015</u>	Классификатор медицинских специальностей
12	<u>V016</u>	Классификатор типов диспансеризации
13	<u>V017</u>	Классификатор результатов диспансеризации
14	<u>F002</u>	Единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
15	<u>F003</u>	Единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
16	<u>F005</u>	Классификатор статусов оплаты медицинской помощи
17	<u>F007</u>	Классификатор ведомственной принадлежности медицинской организации
18	<u>F008</u>	Классификатор типов документов, подтверждающих факт страхования по ОМС
19	<u>F011</u>	Классификатор типов документов, удостоверяющих личность
20	F012	Справочник ошибок форматно-логического контроля
21	<u>F014</u>	Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи
22		Региональный классификатор кодов клинико-профильных групп (КПГ) в условиях стационара
23		Региональный классификатор кодов клинико-профильных групп (КПГ) в условиях дневного стационара
24		Региональный классификатор кодов стоматологических услуг, оказываемых в амбулаторных условиях
25		Региональный классификатор кодов посещений в амбулаторных условиях
26		Региональный классификатор кодов вызовов скорой медицинской помощи
27		Региональный классификатор кодов по диспансеризации
28		Региональный классификатор подразделений МО
29		Региональный классификатор отделений МО

4.1. При формировании всех видов электронных документов в системе обязательного медицинского страхования Республики Крым используется информация как из единых справочников, утвержденных ФОМС, так и из региональных справочников, утвержденных ТФОМС. Актуализация справочников производится ТФОМС путем **их размещения на сайте ТФОМС** для дальнейшего использования участниками ОМС Республики Крым.

**Форма счета в СМО за медицинскую помощь гражданам РФ,
застрахованным в соответствующей СМО**

Поставщик:

ИНН/КПП:
Расчетный счет:
Банк:
БИК:
Корр. счет:
Адрес:

Покупатель:

ИНН/КПП:
Адрес:
Телефон:
БИК:
Банк:
Текущий счет:

СЧЕТ № _____ от « _____ » _____ 2015 г.

**на оплату медицинской помощи, оказанной медицинской организацией
лицам, застрахованным в _____**

(наименование СМО)

за _____ 2015 г.

Наименование	Сумма, руб.
1. Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе:	
- по подушевому финансированию	
- по тарифам за посещение	
2. Круглосуточный стационар	
3. Дневной стационар	
4. Скорая медицинская помощь, в том числе:	
- по подушевому финансированию	
- по тарифам за вызов	
ИТОГО:	

Всего к оплате (сумма прописью): _____

Дата:

Руководитель МО

должность

подпись

ФИО

Главный бухгалтер МО

подпись

ФИО

**Форма счета в СМО за медицинскую помощь гражданам РФ,
застрахованным на других территориях**

Поставщик:

ИНН/КПП:
Расчетный счет:
Банк:
БИК:
Корр. счет:
Адрес:

Покупатель:

ИНН/КПП:
Адрес:
Телефон:
БИК:
Банк:
Текущий счет:

**СЧЕТ № _____ от « _____ » _____ 2015 г.
на оплату медицинской помощи, оказанной медицинской организацией
лицам, застрахованным на других территориях
за _____ 2015 г.**

Наименование	Сумма, руб.
1. Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе:	
- по тарифам за посещение	
- по тарифам за диспансеризацию	
2. Круглосуточный стационар	
3. Дневной стационар	
4. Скорая медицинская помощь, в том числе:	
- по тарифам за вызов	
ИТОГО:	

Всего к оплате (сумма прописью): _____

Дата:

Руководитель МО

должность

подпись

ФИО

Главный бухгалтер МО

подпись

ФИО

Акт № _____ приема-передачи реестра счетов граждан, застрахованных по ОМС

(наименование СМО)
 за отчетный период _____ 2015 г.
 (месяц)

Код МО	Имя файла	Количество персональных счетов	№ и дата счета	Сумма, предъявленная к оплате					Сумма, отклоненная от оплаты						
				Всего	Поликлиника		Стационар	Дневной стационар	СМП	Всего	Поликлиника		Стационар	Дневной стационар	СМП
					по подушево му финансированию	по тарифам					по подушево му финансированию	по тарифам			
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	19	21	22	23		
Всего															

Подписи сторон:

От передавшей стороны

 (руководитель или иное ответственное лицо)
 « ____ » _____ 2015 г.

От принявшей стороны

 (руководитель или иное ответственное лицо)
 « ____ » _____ 2015 г.

Акт № ____ от « ____ » _____ 2015 г.

медико-экономического контроля счета № ____ от « ____ » _____ 2015 г.

за оказанную медицинскую помощь в медицинской организации:

_____ (наименование МО)

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре):

№ п/п	№ полиса ОМС	Код МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Дефект/ нарушение		Сумма неоплаты (руб.)
					Код	Наименование	
Итого по Акту							

Профиль медицинской помощи		Предоставлено к оплате		Отказано в оплате		Оплатить	
Код	Наименование	кол-во	сумма	кол-во	сумма	кол-во	сумма

Итого по счету: _____

Исполнитель _____ подпись _____ расшифровка подписи _____

Руководитель страховой медицинской организации/директор территориального фонда обязательного медицинского страхования

_____ подпись _____ расшифровка подписи _____

М.П.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с Актом

_____ Дата