



БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

Белгород

«28» февраля 2022 год

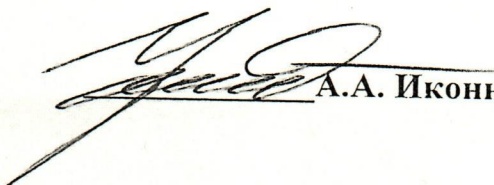
№ 1 304/46-02

**Об организации информационного
взаимодействия в сфере ОМС на
территории Белгородской области**

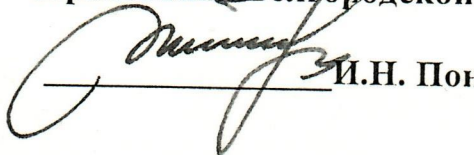
В целях организации информационного взаимодействия по подготовке реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным гражданам в 2022 году, **п р и к а з ы в а е м:**

1. Организовать работу участников информационного взаимодействия в сфере ОМС в соответствии с Регламентом (прилагается).
2. Совместный приказ Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области от 20.12.2019 г. №1445/270-ОД «Об утверждении регламента информационного обмена при обработке реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Белгородской области» считать утратившим силу с 01.01.2022г.
3. Контроль за исполнением приказа оставляем за собой.

Министр здравоохранения
Белгородской области


А.А. Иконников

Директор территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Белгородской области


И.Н. Понкратов

УТВЕРЖДЕН
приказом министерства здравоохранения
Белгородской области и территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Белгородской области
от 28.07.2022 г. № 309/46-О

**Регламент информационного взаимодействия
в сфере обязательного медицинского страхования на
территории Белгородской области**

Принятые сокращения

МО	Медицинская организация
МЭК	Медико-экономический контроль
МЭЭ	Медико-экономическая экспертиза
ЭКМП	Экспертиза качества медицинской помощи
НСИ	Нормативно-справочная информация
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ПК	Программный комплекс
РС ЕРЗЛ	Региональный сегмент ЕРЗЛ на территории Белгородской области, ведение и поддержку которого осуществляет ТФОМС Белгородской области
СП	Страховая принадлежность
СМО	Страховая медицинская организация
ДПФС	Документ подтверждающий факт страхования
Тарифное соглашение по ОМС	Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования Белгородской области
Установленный диагноз ЗНО или нейтропении	В рамках данного документа случаи с установленным диагнозом: злокачественного новообразования (первый символ кода основного диагноза "С" или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09 или D45-D47);
ФОМС	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Фонд	ТФОМС Белгородской области
ФЛК	Форматно-логический контроль
Федеральный закон №326-ФЗ	Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
ЦС ЕРЗЛ	Центральный сегмент ЕРЗЛ, ведение и поддержку которого осуществляет ФОМС

I. Общие положения

Настоящий регламент о порядке информационного взаимодействия в сфере ОМС Белгородской области разработан с целью оптимизации, комплексной автоматизации, упорядочения и унификации информационного взаимодействия, электронного и бумажного документооборота участников и субъектов системы обязательного медицинского страхования на территории Белгородской области в соответствии с требованиями:

- Федерального закона от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28февраля 2019 г. №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в редакции №254н от 26.03.2021г. «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2021 года);
- Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011г. № 29н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный №19742 «О порядке ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (от 15.01.2019г. №12н «О внесении изменений в порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»));
- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 г. №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля, объемов, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;
- Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 №79 «Общие принципы и построения функционирования информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования»

(в редакции приказа №113 от 16.11.2021);

- Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.03.2021г. №34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;
- Приказов ФОМС от 16.08.2011г. №146 «Об утверждении форм отчетности», от 26.12.2011г. № 243 «Об оценке деятельности страховых медицинских организаций»;
- Территориальной программы обязательного медицинского страхования о тарифах на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования населения Белгородской области.

Настоящий регламент не противоречит вышеуказанным документам, а дополняет их в части информационного взаимодействия на территории Белгородской области. Субъекты информационного взаимодействия обмениваются между собой информацией, состав, формат и сроки передачи которой должны соответствовать настоящему Регламенту. Содержащиеся в этом документе положения обязывают все субъекты системы ОМС на территории Белгородской области соблюдать порядок обмена и подготовки информации.

Изменения и дополнения в данный документ вносятся:

- а) в связи с изменениями действующего законодательства РФ;
- б) по предложению участников и субъектов ОМС на территории Белгородской области после рассмотрения и утверждения рабочей группой.

В случае необходимости информация доводится до всех участников взаимодействия информационным письмом.

Настоящий регламент устанавливает единые организационные принципы информационного взаимодействия между страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования при формировании реестров счетов по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, согласно Территориальной программе обязательного медицинского страхования Белгородской области, порядок информационного взаимодействия по результатам контроля объемов,

7

сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, работающих в системе ОМС на территории Белгородской области.

Документ предназначен для разработчиков программного обеспечения и сотрудников Территориального фонда ОМС (далее - Фонд), страховых медицинских организаций (далее - СМО) и медицинских организаций (далее - МО), участвующих в обработке информации при осуществлении расчетов за оказанную МО медицинскую помощь.

II. Требования к информационной безопасности

При передаче и приеме персонифицированной информации о гражданах в электронной форме все участники: МО (включая ее представительства и филиалы), СМО (включая ее представительства и филиалы) и ТФОМС, используют только защищенные каналы электронной связи с применением электронной цифровой подписи в сертифицированном исполнении на основе технологии и требований Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС), в составе комплекса защищенного информационного обмена Фонда.

III. Порядок представления информации

3.1. Представление информации об оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Белгородской области

По результатам оказания медицинской помощи МО представляет в ТФОМС «предварительные реестры – счетов» - сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории Белгородской области и за ее пределами.

Фонд осуществляет обработку реестров счетов с целью:

- определения страховой принадлежности (далее – СП): идентификацию застрахованного лица в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц (далее – РС ЕРЗ), определение СМО, ответственной за оплату счета;

- осуществления форматно-логического контроля реестров счетов (далее – ФЛК);
- выявления застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования.

Для проведения идентификации МО направляет в Фонд файлы регламентные запросы (далее – РЗ) по сети **VIPNet №1631**, имя сети **VIPNet** – Департамент здравоохранения Белгородской области, сетевой узел **VIPNet** – ТФОМС Белгородской области (МО может направлять реестры в ТФОМС по мере их формирования экспресс запросы (далее – ЭЗ). Фонд обеспечивает работу сервиса по приему и обработке реестров с 20 числа месяца по последний день отчетного месяца, а также 1,2 числа каждого месяца перед приемом «окончательных реестров-счетов» за оказанную медицинскую помощь Фонд проводит идентификацию застрахованных лиц по РС ЕРЗ и ЦС ЕРЗ (Приложение «Идентификация») настоящего регламента.

Для предотвращения переполнения очереди на обработку реестров МО не должна допускать:

- передачу дубликатов посылок;
- повторную передачу всего массива реестров (в том числе принятых к оплате или прошедших контроль).

В течение одного рабочего дня Фонд направляет в МО результаты обработки проведения идентификации по сети **VIPNET** в электронном виде.

МО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формирует и направляет за отчетный период сформированные и проверенные электронные реестры счетов, в соответствии с пунктом 8 Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, определенного приказом ФОМС от 31.03.2021 №34н «Об определении порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», обновленная структура файлов опубликована на сайте ФОМС в разделе: Главная/Документы/Информационное взаимодействие в сфере ОМС/Информационное взаимодействие между ТФОМС,

МО, СМО/Медицинская помощь (кроме ВМП, диспансеризации, диагноза ЗНО), ВМП, МП по диспансеризации, МП по ЗНО (https://www.ffoms.gov.ru/documents/interaction/int_tfoms_mo_smo/), а также продублированы Приложением «Д» регламента информационного взаимодействия на территории Белгородской области и на сайте Фонда (<https://www.belfoms.ru/> в разделе справочная информация/информационное взаимодействие).

СМО в электронном виде согласно приложению «Прикрепление» ежемесячно передают в Фонд:

- прикрепление застрахованных лиц к МО к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения;
- копии актов согласования численности по МО;
- объем финансирования участковой службы МО.

Фонд в течение двух рабочих дней осуществляет медико-экономический контроль (далее - МЭК) представленных МО по сети **VIPNet №1631** счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи. Результаты МЭК, оформленные заключением в электронном виде, направляются Фондом в СМО и МО в течение **пяти рабочих дней** со дня получения счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи.

После проведения МЭК счетов и реестров-счетов на оплату медицинской помощи Фонд представляет в СМО электронные реестры счетов с результатами МЭК в виде информационных файлов в соответствии с Приложением «Д» настоящего регламента по всем МО. Сведения о реестрах счетов с результатами МЭК, направленные Фондом в СМО оформляются «Актом приема-передачи реестра счетов за оказанную медицинскую помощь гражданам, застрахованным на территории Белгородской области» (Приложение «МЭК»).

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного Фондом МЭК медицинская организация вправе однократно доработать и представить в Фонд отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестров счетов **не позднее 7 рабочих дней** с даты получения соответствующего заключения по результатам

МЭК первично представленного МО счета на оплату медицинской помощи.

Случаи оказания медицинской помощи, отклоненные по результатам МЭК с кодом дефекта 1.6.2. , 1.6.3. (НСИ F014) представляются МО дополнительным реестром - счета за оказанную медицинскую помощь в течение **пяти рабочих дней** месяца, следующего за месяцем, в котором отклонены счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, в случае принятия комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТПОМС) решения об увеличении МО объемов предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения в отчетном периоде в срок до 1-го числа месяца, следующего за месяцем получения МО от Фонда заключения по результатам МЭК, внесения изменений в договор в рамках базовой программы ОМС при обязательном заполнении поля NSCHET в блоке ZL_LIST/SCHET/NSCHET с признаком «dor» (номер счета dor).

Сроки сдачи могут быть изменены в конкретном отчетном периоде и доведены до участников процесса отдельным информационным письмом.

После проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326 ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", СМО в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представляет информацию о случаях, по которым была проведена экспертиза в отчетном месяце и результаты экспертного контроля в соответствии с Приложением «МЭЭ», «ЭКМП» настоящего регламента.

Порядок информационного обмена

4.1. Порядок определения страховой принадлежности

4.1.1. МО в течение отчетного периода по мере необходимости направляют в Фонд экстренные запросы страховой принадлежности (далее - ЭЗ СП) для проведения предварительной обработки реестров счетов за отчетный период. ЭЗ СП направляются в электронной форме в соответствии с форматом файла с запросом на страховую принадлежность (Приложение «Идентификация»).

4.1.2. Фонд в течение одного рабочего дня осуществляет прием и обработку ЭЗ СП от МО. Страховая принадлежность определяется по РС ЕРЗ. Результаты

обработки передаются в МО в электронном виде в тот же день, в соответствии с форматом файла ответа на страховую принадлежность (Приложение «Идентификация»).

4.1.3. МО в течение первых двух календарных дней месяца, следующего за отчетным, направляют в Фонд регламентный запрос страховой принадлежности

(далее – РЗ СП) для установления страховой принадлежности застрахованного лица. Данные передаются в соответствии с форматом файла с запросом на страховую принадлежность.

4.1.4. Фонд в течение первых двух календарных дней месяца осуществляет прием и обработку РЗ СП от МО. Страховая принадлежность определяется по РС ЕРЗ. В случае затруднений в определении страховой принадлежности к СМО по РС ЕРЗ, Фонд формирует электронный запрос в Центральный Сегмент ЕРЗ (Далее - ЦС ЕРЗ), где осуществляется проверка и формируется ответ с указанием выявленной территории страхования и действующего номера полиса ОМС застрахованного лица. Результаты обработки передаются в МО в электронном виде в течение одного дня, с момента обработки запроса, в соответствии с форматом файла ответа на страховую принадлежность.

4.2. Порядок формирования реестров-счетов МО

4.2.1. МО в ежедневном режиме с учетом ответов Фонда на ЭЗ СП вносит сведения об оказанной медицинской помощи в ПК «ТМ:МИС».

4.2.2. МО, начиная с 20 числа отчетного месяца (текущего месяца), но не позднее первых двух календарных дней месяца, следующего за отчетным, производит сопоставление персональных данных лиц, которым была оказана медицинская помощь в отчетном периоде, с информацией в ответе фонда на ЭЗ СП, формирует предварительные реестры-счета в Фонд предварительные реестры-счета в Фонд для проведения ФЛК.

4.2.3. МО, после получения ответного файла на РЗ СП, производит сопоставление персональных данных лиц, которым была оказана медицинская помощь в отчетном периоде, с информацией в ответе Фонда на РЗ СП и в период

с 1 по 4 число месяца следующего за отчетным формирует окончательные реестры-счета в Фонд по застрахованным лицам на территории Белгородской области и по застрахованным лицам на другой территории.

4.2.4. МО формирует реестры-счета в соответствии с форматом, предусмотренным Приложением «Д».

В предварительные и окончательные реестры-счета не включаются случаи полнота и качество заполнения, которых не отвечает требованиям Приложения «Д».

4.2.5. Перед формированием реестров-счетов МО проводит «внутренний» ФЛК.

При проведении «внутреннего» ФЛК в обязательном порядке проверяется:

- заполнение обязательных полей в соответствии с Приложением «Д».
- соблюдение условий заполнения условно-обязательных полей в соответствии с Приложением «Д».
- соответствие федеральным справочникам полей, значения которых заполняются из федеральных справочников.

4.2.6. По результатам ФЛК формирует «Протокол внутреннего форматно-логического контроля реестров счетов», в котором указано:

- общее количество случаев за отчетный период;
- количество случаев для передачи в Фонд (полнота и качество заполнения полей соответствует требованиям Приложения «Д»);
- количество случаев, содержащих ошибки ФЛК, которые не могут быть переданы в Фонд (полнота и качество заполнения полей не соответствует требованиям Приложения «Д»).

Одновременно с формированием окончательного реестра-счета МО формирует электронный файл, в формате XML согласно приложению «Сертификаты МР» и передает в Фонд в одном zip – архиве с Н – файлом («Д1» Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, медицинской помощи при подозрении на злокачественное

новообразование или установленном диагнозе новообразования».

злокачественного

4.2.7. Вместе с окончательными реестрами-счетами МО передает в Фонд бумажную копию счета на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в данной СМО в объем и сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.3. Порядок приема Фондом реестров - счетов за оказанную медицинскую помощь на территории Белгородской области от МО

4.3.1. Прием предварительных реестров-счетов от МО для проведения ФЛК и отправка результатов ФЛК в МО может происходить неоднократно, начиная с 20 числа отчетного месяца и в течение двух календарных дней месяца, следующего за отчетным;

4.3.2. При предварительном приеме реестров-счетов Фонд осуществляет ФЛК предъявленного реестра-счета (Таблица Д.6). Результаты проведения ФЛК оказанной медицинской помощи в течение рабочего дня со дня получения реестров-счетов передаются в МО для устранения ошибок в формате, предусмотренном Приложением «Д» и протоколом проверки (Таблица Д.6). По результатам ФЛК предварительных реестров счетов от Фонда МО устраняет выявленные нарушения;

4.3.3. В период с 1 по 4 календарный день месяца, следующего за отчетным, Фонд осуществляет прием окончательных «Реестров счетов» от МО в формате, предусмотренном Приложением «Д»;

При приеме окончательных реестров-счетов Фонд осуществляет ФЛК предъявленного реестра-счета.

По результатам проведения ФЛК окончательных реестров-счетов Фонд формирует и направляет в МО в течение одного дня со дня получения реестров по защищенному каналу связи протокол ФЛК в формате, предусмотренном Приложением «Д» (Таблица Д.6);

- МЭК в течение двух рабочих дней после представления МО реестров-счетов на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС посредством

программного обеспечения работниками Фонда – в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию (Приложение «МЭК»).

При отсутствии дополнительных замечаний к реестру, сотрудник Фонда присваивает ему статус «Закрыт» и указывает дату закрытия. После этого невозможна загрузка новых версий данного реестра от МО.

4.3.4. В день закрытия приема счетов в течение 5 рабочих дней со дня получения счетов и реестров-счетов на оплату медицинской помощи работник Фонда, проводящий МЭК, формирует печатные формы «Заключения по результатам медико-экономического контроля» (Приложение «МЭК») по всем реестрам счетов. Печатные формы генерируются на все закрытые реестры. На этом этапе реестры загружены в систему.

4.3.5. Работник Фонда принимает от МО однократно на оплату за счет средств ОМС, ранее отклоненные позиции реестра счета в связи с выявлением нарушений при оказании медицинской помощи (дефектов) в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи не позднее 7 рабочих дней со дня получения заключения по результатам МЭК в электронном виде, а также в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за месяцем, в котором отклонены счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи, в случае принятия комиссией по разработке территориальной программы ОМС решения об увеличении МО объемов медицинской помощи (или) ее финансового обеспечения в отчетном периоде в срок до 1-го числа месяца, следующего за месяцем получения МО от Фонда заключения по результатам МЭК, внесения изменений в договор в рамках базовой программы.

При этом если прием реестров счетов завершен, формируется новый реестр с признаком следующего отчетного периода и реестр поступает в очередь ожидания. Окончательный МЭК по реестру, находящемуся в очереди ожидания, будет проведен при открытии приема за следующий отчетный период.

4.3.6. Работник Фонда направляет по СМО реестры - счета за оказанную медицинскую помощь на территории Белгородской области с результатами МЭК для финансирования МО, передает «Акт приема-передачи реестров-счетов за оказанную медицинскую помощь (Приложение «МЭК» настоящего регламента).

4.3.7. Ежемесячно Фонд проводит «повторный» МЭК по случаям, по которым получены сведения от территориального Фонда социального страхования РФ о принятом решении, об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, а так же по оказанной медицинской помощи после факта смерти застрахованного лица. Результаты повторного МЭК оформляются «Заключением медико-экономического контроля реестров счетов за оказанные медицинские услуги», представленных МО и направляются в соответствующие МО и СМО по защищенным каналам связи.

Сотрудник Фонда, проводящий «повторный» МЭК вправе по результату анализа ошибок внести санкцию на случай не отмеченный автоматизированным МЭК, или принять его к учету, сняв санкцию при наличии оснований.

По результатам повторного МЭК формируется задание на проведение МЭЭ и ЭКМП. После проведения контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи в соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326 ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", страховая медицинская организация в срок до **20 числа месяца**, следующего за отчетным, представляет информацию о случаях, по которым была проведена экспертиза в отчетном месяце и результаты экспертного контроля. Сведения о медицинской помощи, отклоненной от оплаты по результатам МЭЭ и ЭКМП оформляются Актом приема-передачи сведений о результатах МЭЭ и ЭКМП согласно приложению «МЭЭ и ЭКМП» настоящего регламента.

4.4. Порядок приема реестров-счетов Фондом от МО за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам за пределами Белгородской области

Фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой, **не позднее 25 рабочих дней** с даты представления МО счета и

реестра на оплату указанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков качества и условий предоставления медицинской помощи.

Электронные реестры - счетов за оказанную медицинскую помощь гражданам, застрахованным за пределами Белгородской области, представляется в Фонд в течение 4 календарных дней месяца, следующего за месяцем завершения оказания медицинской помощи, наполнение полей реестров счета осуществляется согласно федеральным и региональным справочникам (Приложение НСИ) настоящего регламента и продублированы на сайте Фонда (<https://www.belfoms.ru/nsi.htm>) в разделе «Справочная информация» - «Информационное взаимодействие».

В отчетный период МО представляет в Фонд, сформированный и проверенный реестр счета:

- реестр счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС;
- счет на оплату медицинской помощи на бумажном носителе.

Фондом осуществляется МЭК в течение двух рабочих дней после представления МО реестров - счетов на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС. После проведения МЭК при отсутствии дефектов и нарушений, предусмотренных порядком организации и проведения контроля, требующих отклонения счета и реестра счета на оплату медицинской помощи, осуществляет включение счета и реестра счета на оплату медицинской помощи в счет по межтерриториальным расчетам и направление его с приложением счета и реестра счета на оплату медицинской помощи в территориальный фонд по месту страхования согласно Приложению «МТР».

При отсутствии причин, требующих дополнительного рассмотрения отдельных позиций реестра счета, ТФОМС по месту страхования осуществляет оплату оказанной медицинской помощи.

При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения отдельных позиций реестра счета, Фонд по результатам проведенного МЭК формирует перечень случаев, требующих проведения экспертизы. Проводит МЭЭ и ЭКМП по представленной МО медицинской документации с последующим

оформлением актов МЭЭ/ЭКМП по форме в соответствии с Приложением «МТР».

Фонд направляет территориальному фонду обязательного медицинского страхования по месту страхования счет, содержащий следующие сведения:

- номер и дату счета;
- наименование территориального фонда по месту оказания медицинской помощи;
- наименование территориального фонда по месту страхования;
- сумму, подлежащую к оплате;
- сумму средств по выставленным счетам на оплату медицинской помощи;
- сумму по возврату средств вследствие принятия мер;
- сумму восстановления средств, взысканных вследствие принятия мер;

К счету по межтерриториальным расчетам прилагается реестр, содержащий реквизиты счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, уведомлений о возврате средств, уведомлений об организации проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы проведения совместной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, уведомлений о восстановлении средств, взысканных вследствие принятия мер.

Реестр счета об оказанной медицинской помощи передается в электронном виде по месту страхования в соответствии приложению «МТР».

4.4.1. В период с 1 по 4 календарный день месяца, следующего за отчетным, Фонд принимает от МО реестры-счета за оказанную медицинскую помощь лицам, застрахованным за пределами Белгородской области. Осуществляет проверку ФЛК предъявленного реестра-счета без проверки сведений о страховой принадлежности застрахованного лица. Протоколы проведения ФЛК оказанной медицинской помощи в тот же день передаются в МО для устранения ошибок и внесения корректировок.

Прием реестра-счета от МО за оказанную медицинскую помощь лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами Белгородской области, для проведения ФЛК и отправка результатов ФЛК для

устранения ошибок в отклоненных реестрах-счетах в электронном виде, может происходить неоднократно в течение первых четырех календарных дней месяца, следующих за отчетным.

4.4.2. Фонд в течение четырех календарных дней с момента приема реестров-счетов, прошедших ФЛК, направляет в МО по защищенному каналу протокол ФЛК, в котором указано:

- количество случаев, поступивших от МО;
- перечень случаев, принятых к оплате;
- количество случаев с указанием дефектов в соответствии с классификатором F014 согласно Приложению «МТР».

4.4.3. Сроки сдачи МО реестров - счетов в Фонд с учетом праздничных дней, приходящихся на начало месяца, утверждаются совместным приказом Департаментом здравоохранения и Территориальным Фондом обязательного медицинского страхования.

4.5. Порядок приема сведений о прикреплении ЗЛ к медицинской организации и медицинскому работнику.

4.5.1. С целью поддержания в актуальном состоянии сведений о прикреплении застрахованных лиц к МО и медицинскому работнику в РС ЕРЗ и ЦС ЕРЗ необходимо проводить сверку с СМО по состоянию на первое число каждого месяца по численности застрахованных лиц. СМО направляет в Фонд файл, содержащий сведения о прикреплении ЗЛ к медицинской организации и медицинскому работнику согласно Приложению «Прикрепление».

Приложения настоящего порядка размещены на сайте Фонда (<https://www.belfoms.ru/nsi.htm>) в разделе «Справочная информация» - «Информационное взаимодействие».