

**Территориальный фонд  
обязательного медицинского страхования  
Республики Саха (Якутия)**

**П Р И К А З**

---

от 16 марта 2020г.

№ 137

г. Якутск

Об утверждении регламента.

В целях совершенствования информационного взаимодействия при расчетах за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования Республики Саха(Якутия)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие с 21 марта 2020 года в новой редакции Регламент информационного взаимодействия участников при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории Республики Саха(Якутия). Приложение №1.
2. Контроль за соблюдением данного приказа возлагаю на заместителя директора ТФОМС РС(Я) Авксентьева В.И.

Директор



А.В. Горохов

## ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Вопрос: Утверждение в новой редакции «Регламента информационного взаимодействия участников при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории Республики Саха(Якутия)» Внесены изменения сроков сдачи реестра по онкологии – с 1 числа отчетного периода по последнее число отчетного периода.

Вносит: ОИО

Степанов И.П.  
Ф.И.О.

  
подпись

«Согласовано»:

Зам. директора

Авксентьев В.И.  
Ф.И.О.

  
подпись

Начальник УАИО

Кривошеева Е.В.  
Ф.И.О.

  
подпись

РАО

Коркина Д.Н.  
Ф.И.О.

  
подпись

Замечания и предложения:

## **РЕГЛАМЕНТ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ПРИ РАСЧЕТАХ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ, ОКАЗАННУЮ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ САХА(ЯКУТИЯ)**

### **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Настоящий регламент информационного взаимодействия участников при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории Республики Саха (Якутия) (далее — Регламент) разработан во исполнение Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364, приказа ФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», согласно соглашению о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Саха(Якутия).

Регламент определяет правила, порядок и основные процедуры, связанные с процессами приема, обработки и передачи информации в электронной форме по телекоммуникационным каналам связи между участниками обязательного медицинского страхования на территории Республики Саха(Якутия) (далее соответственно – участники информационного обмена, ОМС).

Регламент информационного взаимодействия разработан в целях:

обеспечения ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи оказанной застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Саха(Якутия);

создания условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное предоставление медицинской помощи надлежащего качества и объема в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования на соответствующий финансовый год;

разграничения зон ответственности участников информационного обмена при обеспечении взаимодействия;

определения перечня информационных объектов, расписания и способов организации информационного взаимодействия;

создания условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования;

определения потребности в объемах медицинской помощи в целях формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования;

определения состава расходов, компенсируемых в структуре тарифа на оплату медицинской помощи, и потребности в финансовом обеспечении медицинской помощи по ОМС, экономического обоснования системы оплаты и тарифов в сфере ОМС;

приведения процесса информационного взаимодействия между участниками информационного обмена при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории Республики Саха(Якутия), в соответствие с требованиями приказа ФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Сформулированные в рамках настоящего документа требования, принципы информационного взаимодействия являются обязательными для всех участников информационного обмена.

## 1.1. Основные задачи

Информационная система (ИС) Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия) (далее - ТФОМС РС(Я)) должна включать функциональные блоки программного обеспечения, обеспечивающие выполнение следующих основных задач централизованной обработки информации:

1. Централизованное ведение нормативно-справочной информации:
  - формирование и ведение территориальных справочников и классификаторов для использования в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).
  - прием от Федерального фонда ОМС (далее – ФФ ОМС) и загрузка в базу данных нормативно-справочной информации ТФОМС РС(Я) справочников и классификаторов федерального уровня, используемых в системе ОМС.
  - прием от Министерства здравоохранения РС(Я) и загрузка в базу данных нормативно-справочной информации ТФОМС РС(Я) справочников и классификаторов республиканского уровня, используемых в системе ОМС.
2. Передача справочников, классификаторов в медицинские организации (далее - МО) и страховые медицинские организации (далее - СМО).
3. Сбор, обработка, передача и хранение сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования.

## 1.2. Понятия и термины

- Регламент - настоящий документ, описывающий последовательность функций, порядок взаимодействия участников информационного обмена.
- Реестр счетов - электронный файл реестра счетов за оказанную медицинскую помощь - пакет XML файлов, содержащий сведения о пациенте, оказанной ему медицинской помощи и медицинском работнике, сформированный в формате, установленном Регламентом.
- ЗЛ - застрахованное лицо или застрахованные лица.
- ЗКС - защищенные каналы связи.
- РСЕРЗ - региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.
- ЦСЕРЗ - региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.
- МО - медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, и заключившая договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.
- Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.
- МП - медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.
- МТР - расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС.
- определение страховой принадлежности - процесс определения страховой медицинской организации, в которой на дату окончания медицинского случая застраховано ЗЛ либо определение территории страхования ЗЛ для МТР.
- ПДн персональные данные - любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных).
- ФЛК - форматно-логический контроль.
- МЭК - медико-экономический контроль.
- МЭЭ - медико-экономическая экспертиза.
- ЭКМП - экспертиза качества медицинской помощи.
- СКЗИ - средства криптографической защиты информации.

## 2. ПОРЯДОК ПРИЕМА И ОБРАБОТКИ РЕЕСТРА СЧЕТОВ

Участники системы обязательного медицинского страхования РС (Я) ведут персонифицированный учет:

- в МО осуществляется персонифицированный учет оказанной медицинской помощи;
- в ТФОМС РС(Я) ведется Сводная база оказанной медицинской помощи по оплаченным и снятым по результатам экспертизы реестров счетов, за оказанную медицинскую помощь.
- в СМО ведется Сводная персонифицированная база данных, принятых к оплате и снятых по результатам экспертиз реестров счетов за оказанную медицинскую помощь.

Основные документы, используемые при приеме и обработке реестров оказанных медицинских услуг:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.01.2011г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011г. № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;
3. Приказ ФФ ОМС от 28.02.2019г. № 36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
4. Приказ ФФ ОМС от 07.04.2011г. № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;
5. Талон амбулаторного пациента, форма 025-1/у (Инструкция по заполнению талона утверждена Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014г. №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их заполнения»);
6. Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому, форма №066/у-02 (утверждена приказом Минздрава РФ от 30.12.2002г. № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации»);
7. Порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования, участвующих в реализации подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи.
8. Карта вызова скорой медицинской помощи, учетная форма №110/у (утверждена приказом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.12.2009г. № 942)

### 2.1. Сроки обмена информацией

1. Сроки отчетных периодов формирования:
  - 1.1. Файла 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 злокачественного новообразования (Н файл) – с 21 числа предыдущего отчетному месяцу по 20 число отчетного месяца.
  - 1.2. Файла со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (Т-файл) – с 21 числа предыдущего отчетному месяцу по 20 число отчетного месяца.
  - 1.3. Файла со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации (D- файлы) - с 21 числа предыдущего отчетному месяцу по 20 число отчетного месяца.
  - 1.4. Файла со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (С-файл) - с 1 числа отчетного месяца до последней даты отчетного месяца.

2. МО предоставляет реестр счетов в электронном виде в ТФОМС РС(Я) в течении 2-х рабочих дней после окончания отчетного периода.

3. ТФОМС РС(Я) принимает и обрабатывает реестр счетов в течении 2х рабочих дней после получения из МО. ТФОМС РС(Я) идентифицирует застрахованных лиц, определяет страховую медицинскую организацию, ответственную за оплату счета, определяет МО к которой прикреплены пролеченные граждане. ТФОМС РС(Я) передает реестры счетов прошедшие идентификацию по региональному сегменту единого регистра застрахованных с результатами технологического контроля в МО.

4. Медицинская организация по результатам первичного технологического контроля, представляет реестр счетов в страховые медицинские организации в объеме и сроки, установленные пунктом 5.6 договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

5. СМО принимает реестры счетов, проводит ФЛК (согласно перечня проверок в справочниках Q015 и Q022), МЭК (согласно перечня проверок в справочниках Q016 и Q023), МЭЭ, ЭКМП. СМО формирует сведения о принятых к оплате и снятых счетах за оказанную медицинскую помощь и передает в ТФОМС РС(Я) до 8 числа месяца следующего за отчетным с приложением Акта на бумажном носителе (форма в приложении №1).

## 2.2.Первичный технологический контроль реестра счетов

Ежемесячно МО формирует реестр счетов и передают в ТФОМС РС(Я) для первичного технологического контроля.

Данные персонифицированного учета (персональные данные о пациенте, данные о медицинских услугах) перед загрузкой в сводную персонифицированную базу данных ТФОМС РС(Я) должны пройти первичный технологический контроль. Первичному технологическому контролю с использованием автоматизированных алгоритмов контроля должны подвергаться все реестры медицинских услуг без исключения путем сплошной (100%) выборки.

Первичный технологический контроль реестра счетов состоит из следующих групп проверок:

1. Форматно-логический контроль реестров счетов, принятых от МО по перечню технологических правил описанных в справочниках Q015 и Q022;

2. Идентификация страховой принадлежности застрахованного лица (установление фактического плательщика за оказанную медицинскую помощь) на дату окончания лечения;

3. Идентификация медицинской организации к которой прикреплен гражданин для получения амбулаторно- поликлинической помощи.

Принадлежность пациента к СМО и прикрепление к МО определяется на основе автоматизированной сверки персональных данных пациента в РСЕРЗ и в ЦСЕРЗ.

У неидентифицированных записей (не обнаруженные в РСЕРЗ и в ЦСЕРЗ) код СМО остается тот который заполнила МО, код прикрепления к МО ставится 0 – не прикреплен ни к какой МО.

По результатам контроля формируется файл протокола первичного технологического контроля.

## 3. ПОРЯДОК ОБМЕНА ИНФОРМАЦИЕЙ МЕЖДУ ТФОМС РС(Я), МО и СМО

В процессе информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС, в установленном Регламентом порядке осуществляются следующие этапы взаимодействия:

Таблица 1 – Схема информационного взаимодействия в сфере ОМС на территории Республики Саха (Якутия)

Информационное взаимодействие при выставлении и проверке реестра счетов			
		Отправитель	Получатель
1	1.1 МО с помощью собственной ИС формирует реестр счетов за отчетный период; 1.2 МО направляет реестр счетов в ТФОМС РС(Я) по ЗКС для прохождения ФЛК и определения страховой принадлежности ЗЛ.	МО	ТФОМС РС(Я)

2	<p><b>2.1</b> ТФОМС РС(Я) проводит первичную обработку (ФЛК) реестров счетов, полученных от МО;</p> <p><b>2.2</b> ТФОМС РС(Я) направляет в МО результаты ФЛК.</p>	ТФОМС РС(Я)	МО
3	<p><b>3.1</b> ТФОМС РС(Я) по сведениям, содержащимся в реестре счетов полученном от МО, проводит определение страховой принадлежности ЗЛ в РСЕРЗ и при необходимости в ЦСЕРЗ;</p> <p><b>3.2</b> ТФОМС РС(Я) производит загрузку сведений из реестра счетов в базу данных ТФОМС РС(Я);</p> <p><b>3.3</b> ТФОМС РС(Я) передает протоколы результатов обработки данных описанных в п.3.1 таблицы 1 Регламента в МО.</p>	ТФОМС РС(Я)	МО
4	<p><b>4.1</b> МО, согласно полученным результатам, направляет в СМО реестры счетов и иные необходимые документы в электронном виде и на бумажном носителе, содержащие сведения об оказанной МП, по тем случаям, в которых плательщиком (по результатам выполнения п.3.1 таблицы 1 Регламента) определена данная СМО (в случае осуществления юридически значимого электронного документооборота между участниками информационного обмена документы на бумажном носителе не направляются).</p>	МО	СМО
5	<p><b>5.1</b> МО направляет в ТФОМС РС(Я) реестр счетов и иные необходимые документы в электронном виде и на бумажном носителе, содержащие сведения об оказанной МП по тем случаям, в которых плательщиком (по результатам выполнения п. 3.1 таблицы 1 Регламента) определен ТФОМС РС(Я) (МТР) (в случае осуществления юридически значимого электронного документооборота между участниками информационного обмена документы на бумажном носителе не направляются).</p>	МО	ТФОМС РС(Я)
6	<p><b>6.1</b> СМО проводит сверку соответствия реестра счетов, полученного от МО, с комплектом документов, полученных от МО;</p> <p><b>6.2</b> СМО с помощью собственной ИС проводит в автоматическом режиме МЭК реестра счетов с применением установленных кодов;</p> <p><b>6.3</b> СМО по результатам п.6.2 таблицы 1 Регламента проводит в установленном порядке МЭЭ и ЭКМП;</p>	СМО	ТФОМС РС(Я)
	<p><b>6.4</b> СМО направляет в ТФОМС РС(Я) результаты проведенного в п. 6.2 и 6.3 таблицы 1 Регламента контроля, в том числе и сведения о неоплатах случаев и уменьшении финансирования ежемесячно в установленный договором срок;</p>	СМО	ТФОМС РС(Я)
	<p><b>6.5</b> СМО направляет в МО результаты проведенного в п. 6.2 и 6.3 таблицы 1 Регламента контроля, в том числе и сведения о неоплатах случаев и уменьшении финансирования в установленном порядке.</p>	СМО	МО
7	<p><b>7.1</b> ТФОМС РС(Я) проводит сверку сведений из реестра счетов, полученного от МО по тем случаям, в которых плательщиком по результатам п.3.1 таблицы 1 Регламента определен ТФОМС РС(Я) (МТР), с комплектом документов, полученных от МО;</p> <p><b>7.2</b> ТФОМС РС(Я) проводит в автоматическом режиме МЭК с применением установленных кодов;</p>	ТФОМС РС(Я)	МО

	<p><b>7.3</b> ТФОМС РС(Я) по результатам п.7.2 таблицы 1 Регламента в установленном порядке проводит МЭЭ и ЭКМП;</p> <p><b>7.4</b> ТФОМС РС(Я) направляет в МО результаты действий в п. 7.2 и 7.3 таблицы 1 Регламента в том числе и сведения о дате и виде контроля, неоплате и (или) уменьшении финансирования, применении штрафа (при наличии) оплаты МП.</p>		
8	<p><b>8.1</b> МО по полученным результатам МЭК, проведенного СМО и ТФОМС РС(Я), исправляет выявленные ошибки в отказанных случаях;</p> <p><b>8.2</b> МО по отказанным случаям с помощью собственной ИС формирует дополнительный реестр счетов;</p> <p><b>8.3</b> МО направляет дополнительный реестр счетов в ТФОМС РС(Я) для прохождения ФЛК и идентификации ЗЛ которым оказана МП.</p>	МО	ТФОМС РС(Я)
9	<p><b>9.1</b> Дополнительные реестры счетов проходят полный технологический цикл проверки, описанный в п.п. 1-7 таблицы 1 Регламента.</p>		

#### **4. ОПИСАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЭТАПОВ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ТФОМС РС(Я) И МО**

##### **4.1 Порядок проведения форматно-логического контроля реестра счетов в ТФОМС РС(Я)**

При получении реестра счетов от МО ТФОМС РС(Я) в автоматическом режиме проводит процедуру ФЛК согласно перечня проверок описанных в федеральных справочниках :

- Q015 - Перечень технологических правил реализации ФЛК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи
- Q022 - Перечень технологических правил реализации ФЛК регионального уровня в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи.

После прохождения реестра счетов ФЛК, файл реестра счетов переходит на этап определения страховой принадлежности ЗЛ с целью определения плательщика за оказанную МП по каждому случаю реестра счетов.

В случае выявления ошибок в реестре счетов при прохождении ФЛК, ТФОМС РС(Я) направляет в МО электронный файл с протоколом ФЛК.

##### **4.2 Определение страховой принадлежности застрахованных лиц в реестре счетов, полученном ТФОМС РС(Я) от МО**

Реестры счетов, полученные от МО и успешно прошедшие ФЛК, проходят процедуру определения страховой принадлежности по каждому случаю оказания МП, содержащемуся в реестре счетов с целью установления фактического плательщика. Определение страховой принадлежности проводится в следующем порядке:

1) определение страховой принадлежности по данным РСЕРЗ – процедура проводится по Ф.И.О., дате рождения ЗЛ, документам, удостоверяющим личность ЗЛ, по единому номеру полиса (в случае наличия ЕНП), СНИЛС (в случае наличия), на дату окончания лечения;

2) определение страховой принадлежности по данным ЦСЕРЗ – процедура проводится по Ф.И.О., дате рождения и документам, удостоверяющим личность ЗЛ, или по единому номеру полиса (в случае наличия ЕНП) или по СНИЛС (в случае наличия), на дату окончания лечения.

Результатом определения страховой принадлежности служит один из возможных статусов определения страховой принадлежности:

- сверен (присутствует);
- отсутствует.



В случае успешного определения страховой принадлежности по каждому случаю, определяется код страховой медицинской организации в соответствии со справочником F002.

После процедуры определения страховой принадлежности ИС ТФОМС РС(Я) формирует ответный файл с результатами идентификации. Сформированные файлы направляются в МО.

## **5. ЗАЩИТА ИНФОРМАЦИИ ПРИ ОБМЕНЕ ФАЙЛАМИ**

Файлы оказанной медицинской помощи содержат персональные данные, в том числе сведения составляющие врачебную тайну. Обмен файлами между МО, СМО и ТФОМС РС(Я) осуществляется по открытым каналам, с обязательным использованием сертифицированных средств криптографической защиты информации.

ТФОМС РС(Я), СМО и МО определяют работников допущенных к работе с данными персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и обеспечивают их конфиденциальность в соответствии с установленным законодательством РФ требований по защите персональных данных.

