

«Согласовано»

Заместитель председателя
Правительства Смоленской области
-министр здравоохранения
Смоленской области
В.Н. Макарова

«31» января 2025г.

«Утверждаю»

Директор Территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Смоленской области

К.В. Никонов

«31» января 2025г.

РЕГЛАМЕНТ

информационного взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области и Министерства здравоохранения Смоленской области на 2025 год

Настоящий регламент разработан в целях реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования 2025 года на основании:

- Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
- Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Постановления Правительства РФ от 05.11.2022 № 1998 "Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования";
- приказа ФОМС от 07.04.2011г. № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования»;
- приказа ФОМС от 31.03.2021 г. №34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;
- порядка учета застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям Смоленской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу от 20.09.2016г. (утвержденного Департаментом Смоленской области по здравоохранению и ТФОМС Смоленской области);
- приказа Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2021г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения"» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.05.2021 №63410);
- приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 № 54643);
- приказа Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Зарегистрировано в Минюсте России 30.06.2021г. № 64042);
- приказа Министерства здравоохранения РФ от 01.07.2021г. № 698н "Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категорию граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.07.2021г. № 64157);
- приказа ФФОМС от 23.07.2019г. № 152 "Об установлении формы отчетности № ПРОФ "Мониторинг объемов и стоимости первичной медико-санитарной помощи в части профилактических мероприятий"(Зарегистрировано в Минюсте России 20.08.2019 года № 55679);

- приказа Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017г. № 514н "О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.08.2017г. № 47855);
- приказа Министерства здравоохранения РФ от 21.04.2022г. №275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.04.2022г. № 68366);
- приказа Минздрава России от 15.02.2013 № 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации" (вместе с "Порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации") (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 № 27964);
- приказа Минздрава России от 29.12.2020 N 1396н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 31.12.2020 № 62003);
- приказа Минздрава России от 26.10.2022 № 703н "Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.11.2022 № 71044);
- приказа Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.04.2022 № 68288);
- Постановления Правительства Российской Федерации от 30.12.2019г. № 1940 «Об утверждении правил предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения»;
- приказа Минздрава России от 26.03.2024 №142н "Об утверждении порядка и условий осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.04.2024 № 78010);
- приказа ФОМС от 28.04.2023 №76 «Об утверждении Методики организации и проведения страховыми медицинскими организациями выборочного опроса (анкетирования) застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц для оценки их удовлетворенности деятельностью медицинских организаций»;
- приказа Минздрава России от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение»;
- приказа ФОМС от 30.07.2024 №118н «Об установлении формы и порядка ведения отчетности № 3ПЗ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России от 27.08.2024 №79279);
- приказа ФОМС от 19.09.2022 №120н «Об утверждении форм заключения по результатам медико-экономического контроля, заключения по результатам медико-экономической экспертизы, заключения по результатам экспертизы качества медицинской помощи, заключения по результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества медицинской помощи, реестра заключений по результатам медико-экономического контроля, реестра заключений по результатам медико-экономической экспертизы, реестра заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи, претензии, уведомления о проведении медико-экономической экспертизы качества медицинской помощи»
- Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

1. Общие положения

1.1. Настоящий документ определяет порядок, формы и сроки информационного взаимодействия между медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями (далее – СМО), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Смоленской области (далее – Фонд) по учету медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в системе обязательного медицинского страхования Смоленской области на 2025 год.

1.2. Взаимоотношения медицинских организаций, СМО и Фонда регламентируются договорами на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

1.3. Взаимоотношения Фонда и СМО регламентируются договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и другими нормативными правовыми актами, регулирующими обязательное медицинское страхование.

1.4. Фонд использует полученную информацию для предоставления отчетных данных в Федеральный фонд ОМС и органы областной статистики по установленным формам, осуществления контрольной функции за деятельностью страховой медицинской организации и медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством.

2. Перечень учетных документов, используемых в медицинских организациях и страховых медицинских организациях

2.1. Для учета медицинских услуг, оказанных гражданам, застрахованным по ОМС, в медицинских организациях используются формы учетной документации, утвержденные законодательством РФ.

Подтверждением оказанной медицинской помощи (медицинской услуги) является врачебная запись в амбулаторной карте о проведенном осмотре пациента, протокол выполненного исследования (УЗИ, КТ, МРТ и т.д.) (при оказании амбулаторно-поликлинической помощи), материалы истории болезни, истории родов, истории развития ребенка (при оказании медицинской помощи в стационаре, дневном стационаре), заполненная карта вызова скорой медицинской помощи.

На основании информации, полученной в соответствии с учетными статистическими формами, медицинские организации составляют и направляют в Фонд:

- реестр счетов на оплату медицинской помощи, кроме высокотехнологичной (**Приложение 1**);
- реестр счетов на оплату высокотехнологичной медицинской помощи (**Приложение 1-1**);
- реестр счетов на оплату медицинской помощи при диспансеризации (**Приложение 1-2**);
- реестр счетов на оплату медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (**Приложение 1-3**);
- форматы обмена сведениями о поступивших и рассмотренных обращениях граждан между Фондом и СМО (**Приложение 3**).

Фонд в течение 3 рабочих дней после поступления от медицинской организации реестров счетов на оплату медицинской помощи проводит медико-экономический контроль (далее МЭК), формирует заключение медико-экономического контроля реестров счетов на оплату медицинской помощи и направляет их в медицинские организации в системе электронного документооборота.

На основании информации, полученной в соответствии с учетными статистическими формами и результатами медико-экономического контроля, медицинские организации составляют и направляют в СМО:

- счет на оплату медицинских услуг (**Приложение 4**);
- счет на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения (**Приложение 4-2**);
- счет на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей находящихся в трудной жизненной ситуации (**Приложение 4-3**);
- счет на оплату диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (**Приложение 4-4**);
- счет на оплату медицинских осмотров несовершеннолетних (**Приложение 4-5**);
- счет на оплату медицинских профилактических осмотров взрослого населения (**Приложение 4-6**);
- счет на оплату по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической

помощи и финансовому обеспечению фельдшерско-акушерских пунктов (**Приложение 4-12**);
 счет на оплату по подушевому нормативу скорой медицинской помощи и специализированной скорой медицинской помощи (**Приложение 4-13**);

- счет на оплату медицинских услуг при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (**Приложение 4-16**);
- счет на оплату медицинских услуг за проведенную углубленную диспансеризацию (**Приложение 4-17**);

В рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования медицинские организации ежемесячно составляют и направляют в СМО:

- заявки МО в СМО на авансирование медицинской помощи (**Приложение 34**).

На основании учетно-статистических форм для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Смоленской области, медицинские организации составляют и направляют в Фонд:

- реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Смоленской области (далее - иногородним гражданам) в электронном виде (**Приложения: 1, 1-1, 1-2, 1-3**);
- счет на оплату медицинских услуг, оказанных иногородним гражданам, на бумажном носителе (**Приложение 4-1**);
- счет на оплату медицинских услуг, оказанных иногородним гражданам за проведенную диспансеризацию определенных групп взрослого населения на бумажном носителе (**Приложение 4-7**);
- счет на оплату медицинских услуг, оказанных иногородним гражданам за проведенную диспансеризацию детей-сирот прибывающих в стационарных учреждениях и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации на бумажном носителе (**Приложение 4-8**);
- счет на оплату медицинских услуг, оказанных иногородним гражданам за проведенную диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей на бумажном носителе (**Приложение 4-9**);
- счет на оплату медицинских услуг, оказанных иногородним гражданам за проведенные медицинские осмотры несовершеннолетних на бумажном носителе (**Приложение 4-10**);
- счет на оплату медицинских услуг, оказанных иногородним гражданам за проведенные профилактические медицинские осмотры взрослого населения на бумажном носителе (**Приложение 4-11**);
- счет на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам (**Приложение 4-14**);
- счет на оплату медицинских услуг оказанных иногородним гражданам, при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (**Приложение 4-15**);
- счет на оплату медицинской помощи при подозрении на злокачественное образование или установленном диагнозе злокачественного образования (**Приложение 4-16**).
- счет на оплату проведенной углубленной диспансеризации застрахованным лицам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию (Covid-19) (**Приложение 4-17**).

2.2. В работе страховых медицинских организаций используются предусмотренные приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.09.2022 №120н «Об утверждении форм заключения по результатам медико-экономического контроля, заключения по результатам медико-экономической экспертизы, заключения по результатам экспертизы качества медицинской помощи, заключения по результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества медицинской помощи, реестра заключений по результатам медико-экономического контроля, реестра заключений по результатам медико-экономической экспертизы, реестра заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи, претензии, уведомления о проведении медико-экономической экспертизы качества медицинской помощи», а

также совместным письмом МЗ РФ и ФОМС от 02.12.2021 №30-4/И/2-20059/00-10-30-4-04/7196, следующие учетные документы:

- заключение по результатам МЭК (**Приложение 14**);
- реестр заключений по результатам МЭК (**Приложение 15**);
- заключение по результатам МЭЭ (**Приложение 16**);
- приложение к заключению по результатам медико-экономической экспертизы - экспертное заключение (протокол) (**Приложение 16-1**);
- реестр заключений по результатам МЭЭ (**Приложение 17**);
- заключение по результатам ЭКМП (**Приложение 18**);
- приложение к заключению по результатам экспертизы качества медицинской помощи - экспертное заключение (протокол) (**Приложение 19**);
- реестр заключений по результатам ЭКМП (**Приложение 20**);
- заключение по результатам МД ЭКМП (**Приложение 21**);
- приложение к заключению по результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества медицинской помощи - экспертное заключение (протокол) (**Приложение 21-1**).

2.3. В работе страховых медицинских организаций используются предусмотренные Методическими рекомендациями по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания (письмо ФОМС от 30.08.2018 (исх.№10868/30/и)) следующие учетные документы:

- протокол исполнения клинических рекомендаций – приложение к акту медико-экономической экспертизы (**Приложение 35**);
- протокол контроля маммографии (**Приложение 89**);
- протокол контроля патоморфологического исследования (**Приложение 40**).

3. Правила учета медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в системе обязательного медицинского страхования

3.1. Учету и оплате из средств обязательного медицинского страхования подлежит медицинская помощь, оказанная застрахованным гражданам в медицинских организациях, принимающих участие в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3.2. Медицинская помощь в медицинских организациях учитывается по условиям оказания медицинской помощи, по профилям отделений и специальностям врачей, осуществляющих амбулаторно-поликлинический прием, в рамках реализации Территориальной программы ОМС.

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

- классификатор противопоказаний и отказов N001;
- классификатор стадий N002;
- классификатор Tumor N003;
- классификатор Nodus N004;
- классификатор Metastasis N005;
- классификатор гистологии N007;
- классификатор результатов гистологии N008;
- классификатор соответствия гистологии диагнозам N009;
- классификатор маркеров N010;
- классификатор значений маркеров N011;
- классификатор соответствия маркеров диагнозам N012;
- классификатор типов хирургического лечения N014;
- классификатор линий лекарственной терапии N015;
- классификатор циклов лекарственной терапии N016;
- классификатор типов лучевой терапии N017;
- классификатор поводов обращения (OnkReas) N018;
- классификатор целей консилиума (OnkCons) N019;
- классификатор лекарственных препаратов, применяемых при проведении лекарственной

терапии (OnkLekp) N020;

- классификатор соответствия лекарственного препарата схеме лекарственной терапии (OnkLpsh) N021;
- классификатор профилей оказанной медицинской помощи (V002.XML);
- классификатор работ (услуг) при лицензировании медицинской помощи (V003.XML);
- классификатор пола застрахованного (V005.XML);
- классификатор условий оказания медицинской помощи (V006.XML);
- классификатор видов медицинской помощи (V008.XML);
- классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009.XML);
- классификатор способов оплаты медицинской помощи (V010.XML);
- классификатор исходов заболевания (V012.XML);
- классификатор исходов заболевания (V013.XML);
- классификатор форм оказания медицинской помощи (V014.XML);
- классификатор типов диспансеризации (V016.XML);
- классификатор результатов диспансеризации (V017.XML);
- классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи (V018.XML);
- классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи (V019.XML);
- классификатор профиля койки (V020.XML);
- классификатор медицинских специальностей (V021.XML);
- классификатор моделей пациента при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (V022.XML);
- классификатор клинико-статистических групп (V023.XML);
- классификатор дополнительных квалификационных критериев (V024.XML);
- классификатор целей посещения (V025.XML);
- классификатор клинико-профильных групп (V026.XML);
- классификатор характер заболевания (C_ZAB) V027;
- классификатор видов направления (NAPR_V) V028;
- классификатор методов диагностического исследования (MET_ISSL) V029;
- схемы лечения заболевания COVID-19 V030;
- группы препаратов для лечения заболевания COVID-19 V031;
- сочетание схемы лечения и группы препаратов V032;
- соответствие кода препарата схеме лечения V033;
- перечень методов ВМП, требующих имплантацию медицинских изделий V037;
- единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (F002.XML);
- единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (F003.XML);
- классификатор статусов оплаты медицинской помощи (F005.XML);
- классификатор видов контроля (F006.XML);
- классификатор ведомственной принадлежности медицинской организации (F007.XML);
- классификатор типов документов, подтверждающих факт страхования по ОМС (F008.XML);
- классификатор статуса застрахованного лица (F009.XML);
- классификатор субъектов Российской Федерации (F010.XML);
- классификатор типов документов, удостоверяющих личность (F011.XML);
- классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи (F014.XML);
- классификатор федеральных округов (F015.XML);
- классификатор тем обращений граждан (F016.XML);
- единый реестр медицинских организаций (ЕРМО) (F031.XML);
- реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (ТРМО) (F032.XML);
- справочник структурных подразделений медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (СПМО) (F033.XML);

- справочник видов, условий и профилей медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями (VUP) (F034.XML);
- справочник лицензий медицинских организаций (LicMO) (F037.XML);
- справочник адресов оказания МП (ADDRMP) (F038.XML);
- общероссийский классификатор административно-территориального деления (O002.dbf);
- перечень ошибок ФЛК в шлюзе Регионального сегмента в ЦС ИС ЕРЗ (Q004.dbf);
- справочник отделений МО.xml;

перечень технологических правил реализации ФЛК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи (FLK_MPF) Q015;

- перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи (MEK_MPF) Q016;

- перечень категорий проверок ФЛК и МЭК (TEST_K) Q017;

- описание правил заполнения элементов файлов информационного обмена при ведении персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи (DESCR_R) Q018;

- классификатор типов передаваемых данных (TYPE_DAT) Q019;

- классификатор типов элементов файлов информационного обмена (TYPE_EL) Q020;

- классификатор форматов элементов файлов информационного обмена (FORM_EL) Q021;

- перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи (MEK_MPR) Q023;

- территориальный классификатор медицинских услуг (**Приложение 33**);

- территориальный классификатор определенных групп взрослого населения (**Приложение 33-1**);

- территориальный классификатор медицинских услуг на проведение диспансеризации детей-сирот прибывающих в стационарных учреждениях и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (**Приложение 33-2**);

- территориальный классификатор медицинских услуг на проведение медицинских осмотров несовершеннолетних (**Приложение 33-3**);

- территориальный классификатор медицинских услуг на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения (**Приложение 33-4**);

- территориальный классификатор медицинских услуг по высокотехнологичной медицинской помощи (**Приложение 33-5**);

- территориальный классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной условных единицах трудоемкости (УЕТ) (**Приложение 33-6**);

- территориальный классификатор медицинских услуг на проведение углубленной диспансеризации (**Приложение 33-7**);

- классификатор медицинских услуг при оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (**Приложение 33-8**);

- классификатор медицинских услуг на проведение диспансеризации для оценки репродуктивности женщин и мужчин (**Приложение 33-9**);

- классификатор медицинских услуг по центрам здоровья (**Приложение 33-10**);

- расшифровка групп КС 2023 (**Приложение 7**);

- расшифровка групп ДС 2023 (**Приложение 7-1**);

- инструкция по отнесению случаев лечения к КСГ, в том числе правила учета классификационных критериев (**Приложение 8**);

- справочник КСЛП (коэффициентов сложности лечения пациентов);

- сведения о способах оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Смоленской области в 2023 году (**Приложение 70**);

- справочник Министерства Здравоохранения РФ "Единицы измерения" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1358);

- справочник Министерства Здравоохранения РФ "Пути введения лекарственных препаратов, в том числе для льготного обеспечения граждан лекарственными средствами" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1468) ;
- справочник Министерства Здравоохранения РФ "Виды медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, и иных устройств для пациентов с ограниченными возможностями" (OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1079);
- справочник – «TNM. Стадирование злокачественных опухолей» (OID 1.2.643.5.1.13.13.99.2.546);
- справочник подразделений ТКОМО_2023_03_23.

3.4. Медицинская организация ведет в электронном виде персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, применяя статистические учетные формы и инструкции к ним, в течение отчетного периода (календарный месяц).

3.5. Фонд осуществляет актуализацию справочников и классификаторов по мере изменения условий реализации Территориальной программы ОМС, доводит информацию об изменениях и дополнениях в справочниках и классификаторах до всех медицинских организаций и страховых медицинских организаций с указанием сроков введения изменений.

4. Правила идентификации граждан при обращении в медицинские организации, работающие в системе ОМС Смоленской области

4.1. Гражданин, при обращении за медицинской помощью, обязан предъявить:

- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (примечание: полный адрес места постоянной регистрации гражданина указывается по паспорту);
- действующий страховой медицинский полис ОМС, временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС, выписку из единого регистра застрахованных лиц о полисе ОМС или выписку из реестра принятых заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц.

4.2. При обращении за медицинской помощью детей в возрасте до 14 лет необходимо предъявить следующие документы:

- свидетельство о рождении;
- действующий страховой медицинский полис ОМС, временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС, выписку из единого регистра застрахованных лиц о полисе ОМС или выписку из реестра принятых заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц.

В случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения медицинская помощь оказывается по страховому медицинскому полису матери и указывается признак новорожденного в реестре медицинской помощи.

5. Правила определения страховщика

5.1. Принадлежность застрахованных граждан к страховой медицинской организации определяется по предъявленному паспорту или свидетельству о рождении для детей до 14 лет, страховому медицинскому полису ОМС, временному свидетельству, подтверждающему оформление полиса ОМС, выписке из единого регистра застрахованных лиц о полисе ОМС или выписке из реестра принятых заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц.

5.2. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения ребенка до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители.

5.3. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до реализации в отношении ребенка права выбора страховой медицинской организации, но не позднее истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

6. Порядок информационного взаимодействия страховых медицинских организаций и Фонда

6.1. «Страховая медицинская организация **еженедельно по четвергам** предоставляет в электронном виде»:

- реестр медицинской помощи с результатами медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (**Приложение 2**);

6.1.1 Страховая медицинская организация **еженедельно, по пятницам до 15-00**, направляет в адрес Фонда:

- сведения о количестве застрахованных лиц старше 18 лет, индивидуально проинформированных СМО о праве на прохождение профилактических мероприятий (**Приложение 104**), подается в разрезе медицинских организаций, за истекшие 7 дней и нарастающим итогом (в электронном виде и на бумажном носителе с сопроводительным письмом);

6.1.2 «Страховая медицинская организация **в срок не позднее 5 рабочего дня месяца, следующего за отчетным (ежемесячно)**, направляет в адрес Фонда:

- отчет «Контроль летальных исходов от COVID-19, гриппа, ОРВИ и внебольничных пневмоний» (**Приложение 42**), в электронном виде с сопроводительным письмом (период отчетности с 01 марта по 30 октября и с 01 ноября по 28 февраля - нарастающим итогом).

6.2. Страховая медицинская организация **ежемесячно** направляет в адрес Фонда следующую информацию:

в срок не позднее 4 числа месяца, следующего за отчетным:

- отчет СМО о финансировании МО по медицинским услугам (**Приложение 27**) в электронном виде;

- отчет СМО о поступлении и использовании средств ОМС (**Приложение 25**) в электронном виде;

- акт сверки численности застрахованных граждан (**Приложение 11**) на бумажном носителе.

в срок не позднее 5 рабочего дня месяца, следующего за отчетным (ежемесячно):

- заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (**Приложение 5**);

- приложение к заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (**Приложение 5.1**);

- сводную информацию о численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу в электронном виде и на бумажном носителе (**Приложение 9 к Порядку учета застрахованных лиц**);

- информацию о результатах ЭКМП по стационарной медицинской помощи за месяц нарастающим итогом в электронном виде в формате Excel с сопроводительным письмом (**Приложение 82**) отчет за январь – декабрь предоставляется в срок **до 10 января** года, следующего за отчетным периодом.

- отчет «Результаты ЭКМП приказ 104 ФОМС» (**Приложение 88**) в электронном виде в формате Excel нарастающим итогом с сопроводительным письмом и приложением скан-копий заключений по результатам ЭКМП с выявленными нарушениями по п. 3.2.4., 3.6., 3.10. Перечня;

- информацию о результатах контрольно-экспертных мероприятий, проведенных СМО с целью оценки исполнения рекомендаций, выданных национальными медицинскими исследовательскими центрами в ходе консультации/консилиумов краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организаций субъектов Российской Федерации с применением телемедицинских технологий (**Приложение 94**) отчет – «Оценка рекомендаций НМИЦ», ежемесячно нарастающим итогом с начала года в электронном виде в формате Excel с сопроводительным письмом.

в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным (ежемесячно):

- сведения по опросным листам (анкетам) об удовлетворенности застрахованного лица деятельностью медицинской организации в амбулаторных и стационарных условиях (**Приложение 57**) в электронном виде (в формате Excel).

в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным:

- отчет «Сведения о проведении диспансерного наблюдения взрослого населения» (**Приложение 93**), в программе УСОИ в разделе 031 «Диспансеризация (ДН_1) и на бумажном носителе;

- акт сверки расчетов между ТФОМС и СМО (**Приложение 31**) в электронном виде и на бумажном носителе;

- отчет «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» (**Приложение 38-месяц, форма ЗПЗ**), нарастающим итогом с начала года размещается в программе УСОИ и предоставляется на бумажном носителе;

в срок не позднее 13 числа месяца, следующего за отчетным (ежемесячно):

- сведения от страховых медицинских организаций об объеме средств не подлежащих оплате медицинским организациям от применения санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, используемые на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования

(**Приложение 71**), в электронном виде;

- сведения от страховых медицинских организаций об объеме средств не подлежащих оплате медицинским организациям от применения санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, используемые на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования

(**Приложение 72**), (нарастающим итогом с начала года) в электронном виде и на бумажном носителе;

- отчет СМО по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) медицинскими организациями и санаториям (с учетом дополнительных счетов) (**Приложение 24**), в электронном виде

- отчет СМО по оплате диспансеризации определенных групп взрослого населения (**Приложение 24-2**), в электронном виде;

- отчет СМО по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных) принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью (**Приложение 24-3**), в электронном виде;

- отчет СМО по оплате профилактических медицинских осмотров, проведенных несовершеннолетним (**Приложение 24-4**), в электронном виде;

- отчет СМО по оплате профилактических медицинских осмотров взрослого населения (**Приложение 24-5**), в электронном виде;

- отчет СМО по оплате медицинской помощи оказанной медицинскими учреждениями по реестрам счетов COVID-19 (**Приложение 24-6**), в электронном виде;

- отчет страховой медицинской организации по оплате углубленной диспансеризации застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (**Приложение 24-7**) (ежемесячно, квартал) в электронном виде;

- отчет СМО по оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими учреждениями (**Приложение 9**), в электронном виде;

в срок не позднее 15 рабочего дня месяца, следующего за отчетным (ежемесячно):

- заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями (**Приложение 6**);

-приложение к заявке на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями (**Приложение 6-1**) ;

в срок не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным (ежемесячно):

- отчет СМО «Мониторинг проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями контрольно-экспертных мероприятий по профилю «Онкология» в 2025 году» (**Приложение 96**), нарастающим итогом с начала года, в электронном виде в формате Excel с сопроводительным письмом;

-эффективность индивидуального информирования застрахованных лиц о возможности прохождения профилактических мероприятий (**Приложение 105**), в электронном виде и на бумажном носителе с сопроводительным письмом;

- сведения по сопровождению участников СВО и членов их семей, членов семей погибших (умерших) участников СВО и результатах контрольно-экспертных мероприятий медицинской помощи оказанной данной категории граждан (**Приложение 60**), в электронном виде и на бумажном носителе с сопроводительным письмом.

в срок не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным:

- отчет по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (**Приложение 23**), ежемесячно нарастающим итогом с начала года, в электронном виде (в формате Excel) с сопроводительным письмом. В электронном виде наименования медицинских организаций следует размещать в порядке возрастания реестрового номера – от 67001 и далее. В сопроводительном письме к (**Приложению 23**) необходимо ежемесячно информировать ТФОМС о медицинских организациях, в которых не проведена плановая МЭЭ и плановая ЭКМП и причинах ее не проведения.

- информация о результатах работы, по рассмотрению жалоб застрахованных по ОМС граждан (**Приложение 59**), ежемесячно нарастающим итогом с начала года, в электронном виде (в формате Excel) и на бумажном носителе;

- сведения о случаях непрофильной госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, о результатах экспертизы качества медицинской помощи предоставляются нарастающим итогом с начала года в электронном виде (в формате Excel) с сопроводительным письмом (сведения за январь-март, январь-июнь, январь-сентябрь, январь-декабрь – размещаются в программе УСОИ) (**Приложение 68**);

- отчет «Мониторинг методики санкций» СВОД, МЭК, МЭЭ, ЭКМП (за январь, январь-февраль, январь-март, январь-апрель и т.д.) нарастающим итогом с начала года и размещается в программе УСОИ (**Приложение 75**) и сопровождается письмом;

в срок не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным:

- сведения (ОКС), предоставляемые страховой медицинской организацией по результатам экспертизы качества медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (**Приложение 79**), предоставляются нарастающим итогом с начала года, в электронном виде (в формате Excel) с сопроводительным письмом;

- сведения (ОНМК), предоставляемые страховой медицинской организацией по результатам экспертизы качества медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (**Приложение 80**), предоставляются

нарастающим итогом с начала года, в электронном виде (в формате Excel) с сопроводительным письмом;

- сведения по результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой ЭКМП, проведенной по случаям медицинской помощи, оказанной в связи с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 тяжелой и крайне тяжелой степени с благоприятным исходом в условиях стационара (**Приложение 63**) «МД_ЭКМП_COVID-19», размещают в системе сбора и обработки информации УСОИ ФОМС (не нарастающим итогом, за отчетный месяц) и сопровождаются письмом;

- результаты по вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» (**Приложение 56**) в электронном виде (в формате Excel).

в срок не позднее 28 числа месяца, следующего за отчетным:

- доступность медицинской помощи в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID 19 (**Приложение 58**) в электронном виде (в формате Excel) и на бумажном носителе.

в срок не позднее 40 календарных дней после отчетного периода (месяца) :

- отчетную форму Летал_ДТП (**Приложение 62**), за отчетный месяц (не нарастающим итогом), в электронном виде (в формате Excel) с сопроводительным письмом.

в срок не позднее 50 календарных дней после отчетного периода (месяца) нарастающим итогом:

- отчет о результатах экспертизы «Мониторинг ППОБК» (**Приложение 99**) размещается в программе УСОИ нарастающим итогом и сопровождается письмом.

6.3. Страховая медицинская организация **ежеквартально** направляет в адрес Фонда следующую информацию на бумажном носителе:

в срок не позднее 4 числа месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом):

- отчет о финансировании медицинских организаций, работающих в системе ОМС, на оплату медицинских услуг (**Приложение 27–1**) в электронном виде;

- отчет о поступлении и использовании средств ОМС (**Приложение 25-1**) в электронном виде.

в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом):

- информацию о результатах контрольно-экспертных мероприятий, проведенных в отношении медицинских организаций, направивших застрахованных лиц на медико-социальную экспертизу (**Приложение 95**) отчет – «Мониторинг по МСЭ» в электронном виде, в формате Excel с сопроводительным письмом (ежемесячно, нарастающим итогом с начала года);

- отчет страховой медицинской организации «Сведения о результатах проведенных контрольно-экспертных мероприятий по случаям профилактических осмотров и диспансеризации (I этап) взрослого населения» предоставляется в разрезе медицинских организаций ежеквартально нарастающим итогом с начала года, в электронном виде, в формате Excel с сопроводительным письмом (**Приложение 28**);

- отчет «Результаты экспертизы медицинской помощи, оказанной детям» (**Приложение 98**), в электронном виде, в формате Excel с сопроводительным письмом: 1) сведения о результатах ЭКМП экстренной и неотложной медицинской помощи, оказанной детям (**таблица 1**), предоставляются не нарастающим итогом, дополняются заключениями с выявленными по результатам ЭКМП нарушениями, оформленными в отчетный период, в электронном виде; 2) сведения СМО о проведении диспансеризации детей-сирот (**таблица 2**), предоставляются нарастающим итогом с начала года.

в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом):

- отчет «Результаты ЭКМП по случаям ЭКО» (**Приложение 8**) размещается в УСОИ и представляется в формате *xlsx* с сопроводительным письмом;

- отчет «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» размещается в программе УСОИ и представляется на бумажном носителе (**Приложение 38-квартал, форма 3ПЗ**).

Кроме того, отчет (**Приложение 38-квартал, форма 3ПЗ**), ежеквартально дополняется СМО предложениями по улучшению доступности и качества медицинской помощи, содержащих следующие сведения:

- о количестве случаев медицинской помощи, по которым проведена экспертиза качества медицинской помощи;

- о количестве выявленных нарушений по результатам проведенной экспертизы качества медицинской помощи;

- о структуре выявленных нарушений по результатам проведенной экспертизы качества медицинской помощи, в том числе по медицинским организациям, профилям, видам, условиям, уровням и этапам оказания медицинской помощи;

- о динамике количества выявленных нарушений по результатам проведенной экспертизы качества медицинской помощи в сравнении с результатами предыдущей экспертизы качества медицинской помощи.

Отчетная форма также дополняется списком экспертов качества медицинской помощи в формате *xlsx*, с указанием квалификационной категории, научной степени, совместительстве (штатный/внештатный сотрудник).

в срок не позднее 13 числа месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом):

- отчет страховой медицинской организации по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) медицинским организациям и санаториям (с учетом дополнительных счетов) (**Приложение 24-1**) в электронном виде;

- отчет страховой медицинской организации по оплате диспансеризации определенных групп взрослого населения (**Приложение 24-2**) (ежемесячно, квартал) в электронном виде;

- отчет страховой медицинской организации по оплате диспансеризации детей-сирот, прибывающих в стационарных учреждениях, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (**Приложение 24-3**) в электронном виде;

- отчет страховой медицинской организации по оплате медицинских осмотров, проведенных несовершеннолетним (**Приложение 24-4**) в электронном виде;

- отчет страховой медицинской организации по оплате профилактических медицинских осмотров взрослого населения (**Приложение 24-5**) в электронном виде;

- отчет страховой медицинской организации по оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями (**Приложение 10**) в электронном виде;

в срок не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом):

- отчет "МЭЭ_ЭКМП_ДС" (**Приложение 67**) нарастающим итогом с начала года размещается в программе УСОИ, дополняется сопроводительным письмом с приложением новых, ранее не направленных в ТФОМС заключений в электронном формате с выявленными по результатам МЭЭ и ЭКМП нарушениями, оформленными в отчетный период.

в срок не позднее 20 числа, следующего за отчетным периодом (кварталом):

- отчет о результатах ЭКМП, проведенной по случаям медицинской помощи, оказанной пациентам с вирусным гепатитом С «Мониторинг ХВГС в ДС», не нарастающим итогом размещается в программе УСОИ (**Приложение 30**) и сопровождается письмом;

- отчет о результатах ЭКМП, проведенной по случаям медицинской помощи, оказанной пациентам

с сахарным диабетом «Мониторинг_СД», не нарастающим итогом размещается в программе УСОИ (**Приложение 100**), и сопровождается письмом;

- отчет о результатах ЭКМП, проведенной по случаям летальных исходов при оказании медицинской помощи, нарастающим итогом размещается в программе УСОИ и сопровождается письмом (за **январь-декабрь** – до 15 февраля после отчетного периода) (**Приложение 49-квартал**);

- отчет о результатах тематической МЭЭ по профилактическим мероприятиям проведенной СМО, нарастающим итогом с начала года, в разрезе медицинских организаций представляется в электронном виде (в формате Excel), а также размещается в программе УСОИ (**Приложение 64**), и сопровождается письмом;

- отчет о результатах тематической ЭКМП по профилактическим мероприятиям проведенной СМО, нарастающим итогом с начала года, в разрезе медицинских организаций представляется в электронном виде (в формате Excel), а также размещается в программе УСОИ (**Приложение 65**), и сопровождается письмом;

- результаты экспертизы качества медицинской помощи, проведенной по случаям оказания медицинской помощи при злокачественных новообразованиях, сопровождающихся болевым синдромом, нарастающим итогом с начала года, предоставляется в электронном виде, а также размещается в программе УСОИ (**Приложение 77**) и сопровождается письмом;

- обобщенные сведения по результатам экспертизы качества медицинской помощи с летальным исходом (ОКС, ОНМК, младенческая смертность), нарастающим итогом с начала года в формате Excel в электронном виде с сопроводительным письмом (**Приложение 87**).

в срок не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом):

- отчет по форме № 10 «Сведения о поступлении и расходовании средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями» утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 25.01.2017 № 36, в электронном виде и на бумажном носителе;

- страховая медицинская организация направляет в адрес Фонда «Отчет о проведенных телефонных опросах застрахованных лиц» нарастающим итогом с начала года (за январь -декабрь – не позднее 1 февраля) (**Приложение 92**).

в срок не позднее 29 числа последнего месяца квартала:

- результаты ЭКМП, проведенной в рамках межведомственного взаимодействия, размещается в программе УСОИ и сопровождается письмом (**Приложение 69-квартал**).

6.4. В случае совпадения даты предоставления отчета с выходным или праздничным днем, день предоставления отчета переносится на первый рабочий день, следующий за праздничным или выходным днем (**если иной порядок предоставления отчета не предусмотрен ФОМС**).

6.5. Информационное взаимодействие между Фондом и страховыми медицинскими организациями при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах осуществляется в соответствии с Порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом ФОМС от 31.03.2021 №34н, Правилами ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 5.11.2022 №1998.

Фонд и страховые медицинские организации ежемесячно осуществляют сверку численности застрахованных лиц. По результатам сверки Фонд составляет акты сверки численности застрахованных лиц по каждой страховой медицинской организации (**Приложение 11**).

Акты составляются в 2-х экземплярах. Подписанные и датированные акты до 4 числа каждого месяца Фонд направляет с сопроводительным письмом в соответствующие СМО.

Страховые медицинские организации не позднее 4 числа каждого месяца подписывают Акты сверки численности застрахованных лиц с указанием даты и возвращают 2-ой экземпляр Акта в приемную Фонда с сопроводительным письмом.

6.6. При проведении реэкспертизы Фонд уведомляет страховую медицинскую организацию о проведении реэкспертизы не позднее чем за 5 рабочих дней до начала работы.

Для проведения реэкспертизы территориальному Фонду в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса страховая медицинская организация обязана предоставить для проведения реэкспертизы, заключения медико-экономической экспертизы и заключения экспертизы качества медицинской помощи, экспертные заключения, а также необходимые копии соответствующих документов.

6.7. СМО надлежит вносить результаты – медико-экономической экспертизы, а экспертизы качества медицинской помощи в отчет по форме (**Приложение 23**) в срок, не превышающий 1 месяц после даты окончания экспертизы.

6.8. СМО следует осуществлять контроль соответствия сведений по результатам медико-экономического контроля и экспертизы (МЭЭ и ЭКМП), деятельности по защите прав застрахованных, включенных в различные формы отчетности по результатам деятельности за один и тот же отчетный период.

6.9. Фонд ежемесячно в адрес СМО направляет следующую информацию:

в срок не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за отчетным:

- реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы ОМС, а также заключения по результатам медико-экономического контроля для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и оплаты оказанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (**Приложения: 1,1-1,1-2,1-3**);

- акт приема-передачи реестров счетов с результатами медико-экономического контроля (**Приложение 12**), приложение к акту «Заключение ТФОМС Смоленской области по результатам медико-экономического контроля в электронном виде».

7. Порядок информационного взаимодействия Медицинских организаций и Фонда

7.1 Фонд проводит медико-экономический контроль реестров счетов на оплату медицинской помощи представленных медицинской организацией и направляет в медицинскую организацию заключение о результатах медико-экономического контроля в системе электронного документооборота.

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного Фондом медико-экономического контроля, медицинская организация вправе доработать и представить в территориальный фонд отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее семи рабочих дней с даты получения соответствующего заключения по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи. При этом, в случае превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением Комиссии, медицинская организация в течение пяти рабочих дней после получения заключения по результатам медико-экономического контроля обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи.

Оплата счетов, повторно представленных медицинскими организациями к оплате после доработки, осуществляется в период оплаты счетов за следующий отчетный месяц.

В случае принятия Комиссией решения об увеличении медицинской организации объемов предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи повторно представляются медицинской организацией в территориальный фонд не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором Комиссией были пересмотрены объемы предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения.

7.2. Фонд проводит контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в рамках межтерриториальных расчетов и осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в объеме, установленном базовой программой ОМС, при возникновении страхового случая за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, на основании Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Минздрава России от

28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 N 54643), приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021г. №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

Фонд в течение 3 дней после поступления реестра счета на оплату медицинской помощи проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией реестра.

В случае выявления дефектов, не позволяющих произвести оплату за оказанные медицинские услуги иногородним гражданам, Фонд направляет реестр в медицинскую организацию на доработку. Медицинская организация в течение одного дня вносит исправления и повторно направляет в Фонд реестр на оплату медицинской помощи. Фонд повторно проводит медико-экономический контроль.

При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения отдельных записей реестра от медицинской организации (для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи), а также при проведении плановых проверок, включающих медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи, Фонд формирует запрос в медицинскую организацию на предоставление первичной медицинской документации и направляет его в медицинскую организацию электронной почтой.

Медицинская организация в течение 3 дней от даты получения запроса представляет в Фонд первичные медицинские документы для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. В случае не предоставления медицинской документации (медицинской карты стационарного больного, амбулаторной карты и т.д.) записи реестра, по которым требовались перечисленные документы, не оплачиваются.

Фонд проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи, оформляет следующие документы:

- заключение по результатам МЭК (**Приложение 14**);
- реестр заключений по результатам МЭК (**Приложение 15**);
- заключение по результатам МЭЭ (**Приложение 16**);
- приложение к заключению по результатам МЭЭ (**Приложение 16-1**);
- реестр заключений по результатам МЭЭ (**Приложение 17**);
- заключение по результатам ЭКМП (**Приложение 18**);
- приложение к заключению по результатам ЭКМП (**Приложение 19**);
- реестр заключений по результатам ЭКМП (**Приложение 20**);
- заключение по результатам МД ЭКМП (**Приложение 21**);
- приложение к заключению по результатам МД ЭКМП (**Приложение 21-1**), и направляет их в медицинскую организацию электронной почтой.

Медицинская организация в течение 4 дней от даты получения заключений по результатам (медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи) направляет в Фонд два экземпляра заключений, заверенные подписью руководителя и печатью учреждения. При необходимости, к заключению прилагается протокол разногласий. В случае не предоставления заключений медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, заверенных подписью руководителя и печатью медицинской организации счет не оплачивается.

Фонд по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи не позднее двадцати пяти дней с даты, представления счета медицинской организацией производит его оплату и уведомляет медицинскую организацию об оплате счета.

7.2.1. Фонд ежемесячно, **не позднее 22 числа каждого месяца**, направляет в адрес медицинской организации в электронном виде «Сведения СМО о выполнении медицинскими организациями плановых объемов медицинской помощи по профилям коек, специальностей врачей, КСГ по результатам медико-экономического контроля за отчетный период и нарастающим итогом.

В течение трех дней медицинская организация осуществляет проверку информации и предоставляет в Фонд проверенные сведения на бумажном носителе за подписью руководителя и печатью медицинской организации.

7.2.2. Фонд ежемесячно, **не позднее 10 рабочего дня месяца, следующего за отчетным**, представляют в медицинскую организацию сведения по каждому случаю впервые выявленного в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения онкологического заболевания, диагноз которого подтвержден результатами соответствующих диагностических инструментальных и (или) лабораторных исследований (далее соответственно - Сведения, случай заболевания), в части медицинской помощи, оказанной указанной медицинской организацией. Сведения, формируются территориальным фондом на основании представленных ему медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи.

Медицинские организации в течение 3 рабочих дней рассматривают Сведения и формируют на их основе **«Заявку»** по форме, утвержденной Приказом Минздрава России от 26.01.2022 N 25н_ "Об утверждении порядка и условий осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения". В случае обнаружения медицинской организацией в Сведениях ошибок или недочетов медицинская организация осуществляет формирование Заявки в части установления случаев заболевания и информации о медицинских работниках, указанных в Сведениях, не содержащих указанных ошибок и недочетов, и одновременно с Заявкой направляет в территориальный фонд информацию о выявленных ошибках и недочетах.

Территориальный фонд на основании Сведений и информации о выявленных ошибках и недочетах, направленных медицинской организацией осуществляет рассмотрение Заявки на соответствие Сведениям.

По результатам рассмотрения Заявки, не позднее 10 рабочих дней со дня ее поступления, территориальный фонд принимает решение о предоставлении медицинским организациям средств на осуществление денежных выплат за каждый случай заболевания либо информирует медицинскую организацию, представившую Заявку, об отказе с указанием его причины способом, свидетельствующим о факте и дате его направления.

7.3. Медицинские организации ежемесячно направляют в Фонд следующую информацию:

в срок не позднее пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным:

- реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Смоленской области в электронном виде в системе электронного документооборота (**Приложения: 1, 1-1, 1-2, 1-3**) направляются в адрес Фонда без разбивки по страховым медицинским организациям.

в срок не позднее пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным :

- реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис (иногородним гражданам) в электронном виде (**Приложения: 1, 1-1, 1-2, 1-3**);

- счет на оплату медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам на бумажном носителе (**Приложение 4-1**);

- счет на оплату медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам за проведенную диспансеризацию определенных групп взрослого населения на бумажном носителе (**Приложение 4-7**);

- счет на оплату медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам за проведенную диспансеризацию детей-сирот прибывающих в стационарных учреждениях и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации на бумажном носителе (**Приложение 4-8**);

- счет на оплату медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам за проведенную диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей на бумажном носителе (**Приложение 4-9**);

- счет на оплату медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам за проведенные медицинские осмотры несовершеннолетних на бумажном носителе (**Приложение 4-10**);

- счет на оплату медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам за проведенные

профилактические медицинские осмотры взрослого населения на бумажном носителе (**Приложение 4-11**);

- счет на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам на бумажном носителе (**Приложение 4-14**);

- счет на оплату медицинских услуг оказанных иногородним гражданам, при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (**Приложение 4-15**).

в срок не позднее пяти дней месяца, следующего за отчетным:

- «Отчет медицинской организации об использовании иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам Территориальных фондов ОМС на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических осмотров населения» заполняется на сайте <http://eissoi.ffoms.ru>, распечатывается после утверждения Фондом с указанного сайта (ежемесячно, нарастающим итогом).

- Заявка на предоставление средств нормированного страхового запаса из бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинской организации на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, включенных в приказ Министерства здравоохранения Смоленской области «Об определении потребности во врачах и средних медицинских работников государственных медицинских организациях Смоленской области» (**Приложение 44**).

- Сведения медицинской организации о летальных случаях с признаками пострадавших в дорожно-транспортном происшествии (**Приложение 61**).

в срок не позднее 8 числа месяца, следующего за отчетным периодом:

- «Сведения о результатах проведения медицинских осмотров несовершеннолетних», в электронном виде, в формате Excel и на бумажном носителе (ежемесячно, нарастающим итогом с начала года) (**Приложение 55**).

в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом:

- отчет о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования (**Приложение 50**). Фонд осуществляет прием отчетов от медицинских организаций в электронном виде и сообщает о принятом отчете. В случае сдачи отчета с ошибками в медицинскую организацию направляется файл ошибок для повторного предоставления исправленного отчета. Окончательной датой приема отчета является дата сдачи отчета без ошибок, которая должна быть не позднее 10 числа следующего за отчетным месяцем.

- отчет «Сведения о случаях выявления/подозрения онкологических заболеваний в ходе ПМО/ДВН» (**Приложение 32**) ежемесячно, в электронном виде, в формате Excel.

в срок не позднее 12 числа месяца, следующего за отчетным периодом:

- сведения о кредиторской задолженности медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (**Приложение 43**) в электронном виде, в формате Excel (ежемесячно).

в срок не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом:

- Ф-МПП Сведения о медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования (**Приложение 78**) в электронном виде, в формате Excel (**ежемесячно, нарастающим итогом**);

- акт сверки расчетов между ТФОМС и МО по межтерриториальным расчётам на бумажном носителе (ежемесячно) (**Приложение № 31-3**);

в срок не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – в срок до 25 января очередного финансового года), представляют:

- заявку на получение средств из бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования на осуществление денежных выплат за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения (**Приложение 103**).

7.4. Медицинские организации ежеквартально направляют в Фонд следующую информацию:

в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за отчётным периодом:

- акт сверки расчетов между ТФОМС и МО (**Приложение 31-1**) на бумажном носителе (ежеквартально, нарастающим итогом);
- акт сверки расчетов между ТФОМС и МО из средств НСЗ на софинансирование оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала (**Приложение 31-2**).

в срок не позднее 5-ти рабочих дней месяца, следующего за отчётным периодом:

- «Информацию по фельдшерско-акушерским пунктам» (**Приложение 76**).

в срок не позднее 15 числа месяца, следующего за отчётным периодом:

- «Отчетность о реализации мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, включенных в план мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, и об использовании предоставленных средств для их финансового обеспечения», заполняется в системе ГИС ОМС в форме электронного документа, подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя медицинской организации (ежеквартально, нарастающим итогом, по состоянию на первое число месяца) (**Приложение 74-квартал**).

в срок не позднее 24 числа месяца, следующего за отчётным периодом:

- «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями» за отчетный период по форме №14-Ф (ОМС), утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 17.04.2014 № 258 на бумажном носителе и в электронном виде (шаблон).

7.5. Медицинская организация в срок до 1 августа (за 1 полугодие) и до 1 марта (за год) направляет в Фонд «Сведения о работе медицинских организаций в системе ОМС» за отчетный период по форме №14-МЕД (ОМС), утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 17.04.2014 № 258 на бумажном носителе и в электронном виде (шаблон).

7.6. Медицинские организации в случае несогласия с результатами медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией, вправе обратиться в Фонд с претензией (**Приложение 26**).

8. Порядок информационного взаимодействия страховых медицинских организаций и медицинских организаций

8.1. Страховые медицинские организации ежемесячно направляют медицинским организациям следующую информацию:

в срок до 3 числа месяца, следующего за отчетным:

- сведения о застрахованных лицах (**Приложение 36**);

8.2. Медицинская организация направляет страховой медицинской организации следующую информацию:

- информацию о численности застрахованного населения, прикрепленного к фельдшерско-акушерским пунктам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (**Приложение 11-1**) в электронном виде и на бумажном носителе **(на 1 января 2023 года-до 15 января 2023 года)**;

ежемесячно не позднее 2-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным:

- заявку на авансирование медицинской помощи (**Приложение 34**);

ежемесячно в срок, не превышающий 10 рабочих дней месяца, следующего за отчетным:

- счет на оплату медицинской помощи (**Приложение 4**);
- счет на оплату медицинских услуг за проведенную диспансеризацию определенных групп взрослого населения (**Приложение 4-2**);
- счет на оплату медицинских услуг за проведенную диспансеризацию детей-сирот прибывающих в стационарных учреждениях и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (**Приложение 4-3**);
- счет на оплату медицинских услуг за проведенную диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (**Приложение 4-4**);
- счет на оплату медицинских услуг за проведенные медицинские осмотры несовершеннолетних (**Приложение 4-5**);
- счет на оплату медицинских услуг за проведенные медицинские осмотры взрослого населения (**Приложение 4-6**);
- счет на оплату углубленной диспансеризации (**Приложение 4-17**);
- акт сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (**Приложение 22**);

8.3. Медицинские организации предоставляют в СМО отдельные счета:

- счет на оплату по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи и финансовому обеспечению фельдшерско-акушерских пунктов (**Приложение 4-12**);
- счет на оплату по подушевому нормативу скорой медицинской помощи и специализированной скорой медицинской помощи (**Приложение 4-13**);
- счет на оплату медицинских услуг при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (**Приложение 4-16**).

Для соответствия номера счета на оплату медицинских услуг номеру счета в реестре счетов, направляемых Фондом в СМО, необходимо к номеру счета добавить через дефис реестровый номер СМО. Например: номер счета в реестре счетов МО №123, номер счета на оплату в СМО Согаз-Мед 123-67002, МАКС-М 123-67003, Капитал-МС 123-67004 (**Приложения 4, 4-2, 4-3, 4-4, 4-5, 4-6, 4-12, 4-13, 4-16**).

8.4. Страховые медицинские организации и медицинские организации, **ежемесячно** оформляют:

в срок до 5 рабочего дня месяца, следующего за отчетным:

- акт сверки численности прикрепленных застрахованных лиц к медицинской организации за отчетный период (**Приложение 8 к Порядку учета застрахованных**).

8.5. В случае совпадения даты предоставления отчета с выходным или праздничным днем, день предоставления отчета переносится на первый рабочий день, следующий за праздничным или выходным днем.

9. Порядок ведения реестра страховых медицинских организаций

9.1 Страховая медицинская организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору за страховой деятельностью, направляет уведомление в Фонд в виде электронного документа с представлением на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи, с обязательным обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации через официальный сайт территориального фонда в сети Интернет до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по образцу (**Приложение 39**) (в соответствии с методическими указаниями ФОМС от 30.12.2011 приложение № 5).

9.2. Фонд не позднее двух рабочих дней с даты получения уведомления от страховой медицинской организации направляет на указанный в уведомлении электронный адрес реестровый номер, присвоенный страховой медицинской организации.

9.3. Страховая медицинская организация в течение семи рабочих дней подготавливает и представляет в Фонд на бумажном носителе уведомление по образцу (**Приложение 39**), копию лицензии, выданной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору за страховой деятельностью, заверенную подписью руководителя страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации, и копии документов, заверенные подписью руководителя страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации, подтверждающие сведения, указанные в уведомлении.

9.4. В случае изменения сведений, содержащихся в уведомлении, страховая медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты этих изменений направляет в Фонд в письменной форме новые сведения для актуализации реестра страховых медицинских организаций.

9.5. Исключение страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций осуществляется в случаях:

- 1) приостановления либо прекращения действия лицензии;
- 2) ликвидации страховой медицинской организации;
- 3) в иных случаях.

9.6. Уведомление об исключении из реестра страховых медицинских организаций страховая медицинская организация вправе подать в срок не менее чем за 3 месяца до даты завершения своей деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

9.7. Исключение из реестра страховых медицинских организаций производится в день получения Фондом сведений, подтверждающих информацию о приостановлении либо прекращении действия лицензии или ликвидации страховой медицинской организации, а Федеральным фондом не позднее следующего рабочего дня.

9.8. Исключение из реестра страховых медицинских организаций, осуществляется с даты, указанной в заявлении об исключении из реестра страховых медицинских организаций.

10. Порядок ведения реестра медицинских организаций

10.1. Медицинская организация включается территориальным фондом в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на основании уведомления о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - уведомление), подаваемого ею в сроки, устанавливаемые в соответствии со статьей 15 Федерального закона. Уведомление формируется в форме электронного документа в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования и подписывается усиленной квалифицированной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медицинской организации.

Уведомление должно содержать следующие сведения:

- 1) о территориальной программе, на участие в которой медицинская организация подает уведомление;
- 2) полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;
фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП;
- 3) ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;
- 4) КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе;
- 5) ОГРН медицинской организации;
- 6) код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм (ОКОПФ);
- 7) код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС);
- 8) вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций;
- 9) адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке, уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке, в государственном адресном реестре;
- 10) адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации;
- 11) фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности;
- 12) банковские реквизиты медицинской организации;
- 13) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:
 - наименование лицензирующего органа;
 - адреса мест осуществления медицинской деятельности;
 - оказываемые медицинские услуги (выполняемые работы);
 - номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- 14) сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации, предлагаемых к участию в реализации территориальной программы на соответствующий финансовый год:
 - полное наименование обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ;
 - вид обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций;
 - адрес обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации;
 - уникальный номер адреса обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации в государственном адресном реестре;
 - адрес электронной почты, номер телефона обособленного структурного подразделения медицинской организации;
 - фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя обособленного структурного подразделения медицинской организации;
 - банковские реквизиты обособленного структурного подразделения медицинской организации (при наличии);
- 15) сведения об адресах оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделений медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре;

16) мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи, в том числе с выделением мощности, заявляемой для реализации территориальной программы;

17) виды и формы медицинской помощи, планируемые к оказанию медицинской организацией в рамках территориальной программы, в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи;

18) предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи в разрезе профилей, врачей-специалистов, количества вызовов скорой медицинской помощи, клинко-профильных/клинко-статистических групп заболеваний по детскому и взрослому населению, а также планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению согласно номенклатуре медицинских услуг <9>.

<9> Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 ноября 2017 г., регистрационный N 48808) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 апреля 2019 г. N 217н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2019 г., регистрационный N 55024), от 5 марта 2020 г. N 148н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 апреля 2020 г., регистрационный N 57990) и от 24 сентября 2020 г. N 1010н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 декабря 2020 г., регистрационный N 61562).

В уведомлении справочно приводятся сведения о фактически выполненных медицинской организацией объемах медицинских помощи и ее финансового обеспечения в рамках реализации территориальной программы за периоды, предшествующие плановому периоду сформированные на основе отчетности, формируемой медицинской организацией и территориальным фондом в соответствии с Федеральным законом, а также информации персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах (при наличии).

Медицинская организация прилагает к уведомлению копии лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности, сведения о которой приведены в уведомлении, документов, подтверждающих соответствие кадрового и материально-технического оснащения медицинской организации требованиям, установленным порядками оказания медицинской помощи, на оказание которой заявляется медицинская организация в соответствии с уведомлением, а также документов, отражающих показатели финансово-хозяйственной деятельности организации за 36 месяцев, предшествующих дате формирования уведомления, в том числе сведения о наличии кредиторской и дебиторской задолженности (за исключением медицинских организаций, не осуществлявших до даты подачи уведомления медицинскую деятельность).

10.2. В течение трех рабочих дней со дня направления медицинской организацией в территориальный фонд уведомления территориальный фонд осуществляет его проверку на соответствие уведомления правилам его формирования, предусмотренным настоящими Правилами, и срокам подачи уведомления, установленным статьей 15 Федерального закона, и при установлении соответствия формирует запись реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по указанной медицинской организации и направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

При выявлении несоответствия уведомления, направленного медицинской организацией в соответствии с пунктом 105 Правил ОМС, правилам его формирования, предусмотренным Правилами, и (или) срокам подачи уведомления, установленным статьей 15 Федерального закона, территориальный фонд направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол о несоответствии уведомления правилам и срокам его подачи.

Протокол о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и протокол о несоответствии уведомления правилам и срокам его подачи формируются в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования в форме электронного

документа и подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени территориального фонда.

При получении протокола о несоответствии уведомления правилам его формирования, указанного в абзаце втором настоящего пункта, медицинская организация вправе внести уточнения в уведомление и повторно представить его в территориальный фонд в рамках сроков, предусмотренных в статье 15 Федерального закона.

10.3. В случае изменения сведений о медицинской организации, указанных в подпунктах 11, 13, 15 и 16 - 19 пункта 104 Правил ОМС, медицинская организация не позднее двух рабочих дней со дня наступления указанных изменений направляет в территориальный фонд уведомление об изменении сведений о медицинской организации. Уведомление об изменении сведений о медицинской организации формируется в форме электронного документа и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медицинской организации (в ред. Приказа Минздрава России от 13.12.2022г №789н).

Территориальный фонд в течение двух рабочих дней со дня направления медицинской организацией уведомления, указанного в абзаце первом настоящего пункта, осуществляет форматно-логическую проверку сведений, указанных в уведомлении, а также проверку сведений на соответствие правил их формирования правилам, установленным настоящими Правилами для формирования уведомления на включение в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и в случае прохождения проверки вносит изменения в запись реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по соответствующей медицинской организации и направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об изменении сведений записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

При не прохождении уведомлением об изменении сведений о медицинской организации проверки, указанной в абзаце первом настоящего пункта, территориальный фонд направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об отклонении уведомления об изменении сведений о медицинской организации.

Протокол об изменении сведений записи реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и протокол об отклонении уведомления об изменении сведений о медицинской организации формируются в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования в форме электронного документа и подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени территориального фонда.

Медицинская организация в течение двух рабочих дней со дня получения протокола об отклонении уведомления об изменении сведений о медицинской организации обеспечивает внесение изменений в указанное уведомление и направление скорректированной его редакции в территориальный фонд в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования.

10.4. Сведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, указанные в подпунктах 4 - 10, 12, 14, 21 - 28 пункта 103 Правил ОМС, изменяются территориальным фондом, в том числе автоматически, на основании соответственно ЕГРЮЛ, ЕГРИП, сведений реестра участников бюджетного процесса и иных лиц, не являющихся участниками бюджетного процесса (в части сведений об учредителе (учредителях) медицинских организаций, являющихся государственными (муниципальными) учреждениями, и банковских реквизитов государственных (муниципальных) учреждений (их обособленных структурных подразделений), документов и отчетности, предусмотренных к формированию, утверждению или представлению в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании).

10.5. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской

организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев .

Исключение медицинских организаций из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в случаях, указанных в абзаце первом настоящего пункта, осуществляется в течение одного рабочего дня со дня получения территориальным фондом сведений, указанных в абзаце первом настоящего пункта.

Территориальный фонд исключает медицинские организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в течение двух рабочих дней со дня истечения срока реализации территориальной программы.

При исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, территориальный фонд формирует и направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Протокол об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, формируется территориальным фондом в форме электронного документа и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени территориального фонда.

10.6. Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию вправе направить в территориальный фонд уведомление об исключении из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Уведомление об исключении из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, формируется медицинской организацией в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования в форме электронного документа и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медицинской организации.

Территориальный фонд на следующий рабочий день после дня получения территориальным фондом указанного уведомления исключает медицинскую организацию из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и в течение трех рабочих дней со дня получения уведомления направляет медицинской организации в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования протокол об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, сформированный в соответствии с пунктом 109 Правил ОМС.

11. Правила передачи данных

Информационный обмен осуществляется в электронном виде по сети Интернет, с использованием средств криптографической защиты информации и электронной подписи в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.

При обмене данными медицинские организации, страховые медицинские организации и Фонд руководствуются: федеральным законом от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», федеральным законом от 06.04.2011 №63-ФЗ «Об электронной подписи», федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

12. Особые условия.

В случае отзыва лицензии СМО и прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, на период до выбора в течение двух месяцев застрахованными лицами другой страховой медицинской организации и заключения с ней договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, Фонд осуществляет обязанности и права, предусмотренные частями 2 и 3 статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".