



ХУШУ

30.12.2022 № 473-09

Шупашкар хули

ПРИКАЗ

30.12.2022 № 473-09

г. Чебоксары

Об утверждении Регламента взаимодействия участников
обязательного медицинского страхования на 2023 год

Во исполнение Федеральных законов от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации от 05.11.2022 №1998 «Об утверждении правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», приказа Минздрава России от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 №54643), приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», постановления Кабинета Министров Чувашской Республики от 30.12.2022 № 788 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.01.2023 № 31-2/И/2-1075 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.01.2023 № 00-10-26-2-06/749), а также в целях реализации Тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2023 год **п р и к а з ы в а ю :**

1. Утвердить Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на 2023 год (далее – Регламент) согласно приложению к настоящему приказу.
2. Рекомендовать медицинским организациям и страховым медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам с 01.01.2023 по 31.12.2023, руководствоваться настоящим Регламентом.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по организации обязательного медицинского страхования Т.Н. Воскресенскую.

Директор

М.В. Дроздов

Приложение
УТВЕРЖДЕН
приказом Территориального фонда ОМС
Чувашской Республики
№ 113-09 от 30.12.2022

Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на 2023 год

Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования (далее – регламент) разработан в целях:

- обеспечения ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию на территории Чувашской Республики;
- создания условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное предоставление медицинской помощи надлежащего качества и объема в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС);
- разграничения зон ответственности участников информационного обмена при обеспечении взаимодействия в рамках реализации Территориальной программы ОМС;
- определения перечня информационных объектов и способов организации информационного взаимодействия;
- создания условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования;
- соответствия информационного взаимодействия между участниками информационного обмена при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории Чувашской Республики, требованиям приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования 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 взаимодействия и описанные форматы являются обязательными для всех участников информационного обмена.

1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи и финансового обеспечения по Территориальной программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС и предусмотренных в приложении к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется на условиях Тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике на 2023 год по способам оплаты медицинской помощи (приложение 2 к регламенту).

1.2. Распределение годовых объемов медицинской помощи и финансового обеспечения между медицинскими организациями осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Годовые объемы медицинской помощи формируются:

- для скорой медицинской помощи – в вызовах скорой медицинской помощи;
- для амбулаторной помощи – в посещениях, обращениях, лабораторных исследованиях и диагностических услугах;

- для стационарной помощи – в койко-днях и законченных случаях;
- для медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов – в пациенто-днях и законченных случаях.

Годовые объемы медицинской помощи (посещения, обращения, койко-дни, законченные случаи, пациенто-дни, вызовы, услуги, исследования) по медицинским организациям являются приложением к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемому между СМО, ТФОМС и медицинскими организациями.

Распределение годовых объемов лабораторных исследований, предоставляемых централизованными лабораториями и между медицинскими организациями (потребителями медицинских услуг) утверждается приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики (далее – МЗ ЧР). Оплата лабораторных исследований сверх распределенных приказом МЗ ЧР квот осуществляется по договору гражданско-правового характера по тарифам, установленным приложением 10 Тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике (далее – Тарифное соглашение).

1.4. Основанием для оплаты скорой медицинской помощи, медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара являются реестры счетов (далее – реестры) и счета на оплату медицинской помощи (далее – счета), выставляемые медицинскими организациями в адрес ТФОМС.

Основанием для оплаты скорой медицинской помощи и амбулаторной медицинской помощи, оплачиваемой по тарифам на основе подушевого норматива финансирования, является объем средств финансирования на месяц медицинских организаций, ежемесячно рассчитываемый страховыми медицинскими организациями в разрезе медицинских организаций.

1.5. ТФОМС ежемесячно в установленном Тарифным соглашением порядке принимают счета и реестры в соответствии с приложениями к договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, определяющим годовые объемы и финансовое обеспечение медицинской помощи, в том числе:

1) по амбулаторной помощи, подлежащей оплате по подушевому нормативу финансирования – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц;

2) по амбулаторной помощи, не подлежащей оплате по подушевому нормативу финансирования:

- в пределах 100% объемов посещений с профилактической и иными целями (в том числе при оказании неотложной медицинской помощи) за отчетный период нарастающим итогом с начала года;

- в пределах 100% объемов обращений по поводу заболевания за отчетный период нарастающим итогом с начала года;

- по амбулаторной помощи, подлежащей оплате в рамках финансового обеспечения фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктов;

3) по стационарной помощи – в пределах 100% объемов законченных случаев за отчетный период нарастающим итогом с начала года;

4) по медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов - в пределах 100% объемов законченных случаев за отчетный период нарастающим итогом с начала года;

5) по проведению диагностических услуг - в пределах 100% объемов диагностических услуг за отчетный период нарастающим итогом с начала года;

6) лабораторных исследований – в пределах 100% объемов лабораторных исследований за отчетный период нарастающим итогом с начала года;

7) по скорой медицинской помощи – по подушевому нормативу финансирования за число застрахованных лиц обслуживаемого населения, а также в пределах 100% объемов вызовов за отчетный период нарастающим итогом с начала года.

1.6. При определении объемов амбулаторной помощи, не подлежащей оплате по подушевому нормативу финансирования, плановый показатель формируется в соответствии с объемами, распределенными Комиссией по разработке территориальной программы ОМС без учета объема амбулаторной помощи, подлежащей оплате по подушевому нормативу финансирования.

Фактический показатель объемов амбулаторной помощи, не подлежащей оплате по подушевому нормативу финансирования, формируется без учета объема амбулаторной помощи, оплаченной по подушевому нормативу финансирования.

1.7. При определении фактически выполненного объема стоматологической помощи сведения об оказанных сложных услугах (элементы «Сведения о пациенте», «Сведения о случае») группируются по следующему принципу:

1 случай = один человек (поля SPOLIS, NPOLIS), один день (DATE_2), одна медицинская организация (LPU), один профиль (PROFIL), одна цель посещения (C_AMB), один врач (IDDOKT).

При определении категории населения «Взрослые/дети» возраст считается на дату начала лечения (DATE_1).

2. Требования к порядку формирования и срокам предъявления счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов. Формы реестров счетов.

2.1. Для медицинских организаций устанавливаются единые требования к порядку оформления реестров (приложение 1 к регламенту).

2.2. К счетам за медицинскую помощь III и II уровня прилагаются реестры направлений, включающие следующие реквизиты:

1) наименование медицинской организации, выдавшей направление (приложение 12 к регламенту);

2) номер по порядку направления;

3) серия и номер полиса ОМС;

4) фамилия, имя, отчество, пол, год рождения, адрес по полису ОМС.

При наличии у пациента направления на госпитализацию в неотложной форме случаи стационарной медицинской помощи включаются в реестр с применением флага «НП» (оказание стационарной медицинской помощи в неотложной форме).

2.3. К счетам за обращения по поводу заболевания прилагаются сведения о посещениях в электронном формате в соответствии с приложением 1 к регламенту (элемент «Сведения об услуге»).

2.4. К счетам за стоматологическую помощь прилагаются сведения об основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятиях и технологий в электронном формате в соответствии с приложением 1 к регламенту (элемент «Сведения об услуге»).

2.5. К счетам на оплату случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся проведением услуг диализа, прилагаются сведения о количестве услуг диализа с указанием кода соответствующей услуги (приложение 26 к Тарифному соглашению) в электронном формате в соответствии с приложением 1 к регламенту (элемент «Сведения об услуге»).

2.6. Счета и реестры за оказанную медицинскую помощь формируются отдельно:

- за медицинскую помощь (в т.ч. за скорую помощь, подлежащую оплате за вызов), кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования, медицинской помощи подлежащей оплате по подушевому нормативу финансирования), медицинской помощи, оказанной фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами (Таблица Д.1);

- за медицинскую помощь, подлежащую оплате по подушевому нормативу финансирования (в т.ч. за скорую помощь, подлежащую оплате по подушевому финансированию), кроме медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования), кроме медицинской помощи, оказанной фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами (Таблица Д.1);

- за медицинскую помощь, оказанную фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, кроме медицинской помощи подлежащей оплате по подушевому нормативу финансирования (в т.ч. за скорую помощь, подлежащую оплате по подушевому финансированию), кроме медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования) (Таблица Д.1);

- за медицинскую помощь, оказанную в рамках диспансерного наблюдения по заболеванию (Таблица Д.1);

- за медицинскую помощь по профилю медицинская реабилитация (Таблица Д.1)

- за случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи (Таблица Д.2);

- за диспансеризацию определенных групп взрослого населения в рамках 1 этапа (ДИСП1) (Таблица Д.3);

- за диспансеризацию определенных групп взрослого населения в рамках 2 этапа (ДИСП2) (Таблица Д.3);

- за профилактические медицинские осмотры взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (П1011) (Таблица Д.3);

- за диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (ДТСР1, ДТСР2) (Таблица Д.3);

- за диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (ДТУ1, ДТУ2) (Таблица Д.3);

- за профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (ПМД1, ПМД2) (Таблица Д.3);

- за оказанную медицинскую помощь (в т.ч. за скорую помощь, подлежащую оплате за вызов) при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования, кроме медицинской помощи подлежащей оплате по подушевому нормативу финансирования, кроме медицинской помощи, оказанной фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами (Таблица Д.4);

- за оказанную медицинскую помощь, подлежащую оплате по подушевому нормативу финансирования (в т.ч. за скорую помощь, подлежащую оплате по подушевому финансированию), кроме медицинской помощи, оказанной фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (Таблица Д.4);

- за проведенную углубленную диспансеризацию граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (УДИСП-1);

- за проведенную углубленную диспансеризацию граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (УДИСП-2).

2.7. В целях организации финансового обеспечения фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктов страховыми медицинскими организациями осуществляется формирование списка лиц, застрахованных в системе ОМС Чувашской Республики, обслуживаемых фельдшерскими пунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами с указанием МО прикрепления. Данные списки формируются в АИС «Прикрепленное население» ТФОМС в соответствии с формой, установленной в приложении 13 к регламенту, ежемесячно по состоянию на 1 число месяца.

СМО ежемесячно в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным, направляет в ТФОМС сведения о сумме средств, направляемых на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами. (приложение 13.1 к регламенту).

2.8. В целях идентификации страховой принадлежности застрахованного лица (установления фактического плательщика за оказанную медицинскую помощь) медицинскими организациями формируются и представляются в ТФОМС реестры в электронном формате в соответствии с приложением 1 к регламенту (Таблица Д.9 Файл запроса страховой принадлежности).

2.9. ТФОМС в течение двух рабочих дней после предоставления медицинской организацией реестров в электронном формате на основании данных регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций реестров в части идентификации страховой принадлежности застрахованного лица (установления фактического плательщика за оказанную медицинскую помощь), формирование и отправку сообщений в медицинские организации в электронном виде в соответствии с приложением 1 к регламенту (Таблица Д.9 Файл запроса страховой принадлежности).

2.10. Счета и реестры формируются и представляются медицинскими организациями в ТФОМС в электронном формате (приложение 1 к регламенту) в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

2.11. После получения счетов и реестров ТФОМС в течение трех рабочих дней проводит медико-экономический контроль счетов и реестров счетов, результаты которого оформляются заключением медико-экономического контроля и передаются в медицинские организации в электронном формате (приложение 1 к регламенту).

2.12. Медицинские организации вносят необходимые исправления счета и в реестры счетов с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля и при необходимости повторно представляют счета и реестры счетов в срок до семи рабочих дней с даты получения соответствующего заключения по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

ТФОМС после проведения медико-экономического контроля счетов и реестров счетов направляет заключения по его результатам в МО, а неотклоненные по результатам медико-экономического контроля счета и реестры счетов, а также заключения по итогам проведенного ТФОМС медико-экономического контроля по указанным счетам и реестрам счетов в СМО в соответствии со страховой принадлежностью застрахованного лица.

2.13. СМО ежемесячно в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, направляет в ТФОМС результаты проведенных МЭЭ и ЭКМП в электронном формате в соответствии с Таблицей Д.6. Файл актов экспертиз (приложение 1 к регламенту).

По результатам загрузки в ИС ТФОМС заключений МЭЭ/ЭКМП, направленных СМО, формируются «Протокол приема-передачи актов/заключений медико-экономической экспертизы и актов экспертизы качества медицинской помощи» согласно приложению 23 к Регламенту и отчет «Список представленных актов/заключений медико-экономической экспертизы и актов экспертизы качества медицинской помощи» согласно приложению 22 к Регламенту, и направляется ТФОМС Чувашской Республики в СМО.

2.14. Обмен информацией между ТФОМС, медицинскими организациями и СМО осуществляется по электронным каналам связи, включая сеть «Интернет», с использованием средства криптографической защиты каналов связи ПО «ViPNet», усиленной квалифицированной электронной подписи в соответствии с действующим законодательством.

Участники информационного обмена самостоятельно комплектуют и обеспечивают работоспособность АРМов, предназначенных для работы в системе электронного документооборота, необходимыми аппаратными, системными, телекоммуникационными средствами, программным обеспечением, средствами

усиленной квалифицированной электронной подписи, средствами антивирусной защиты и средствами защиты от несанкционированного доступа в соответствии с действующим законодательством и нормативно правовыми актами ТФОМС.

Участники системы ОМС Чувашской Республики оформляют заявление о присоединения к регламенту в соответствии со статьёй 428 ГК Российской Федерации (приложение № 11 к Регламенту).

В исключительных случаях и по согласованию сторон взаимодействие может осуществляться на съемных (отчуждаемых) носителях электронной информации с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или на бумажных носителях.

Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.15. Сведения о пролеченном ребенке до государственной регистрации рождения вносятся в реестр счетов на оплату медицинской помощи на основе персонифицированных данных о матери или другого законного представителя ребенка в соответствии с документами (паспорт, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС (при наличии)) и персонифицированных сведений об оказанной ребенку медицинской помощи на основе данных медицинской документации.

2.16. В случае информирования органов внутренних дел в установленном законодательством порядке о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, в т.ч. в результате дорожно-транспортных происшествий, сведения о пролеченном вносятся в реестр счетов на оплату медицинской помощи с применением флагов «МВД» или «ДТП» соответственно (информирование органов внутренних дел, информирование органов внутренних дел при ДТП).

2.17. Случаи оказания медицинской помощи, сопровождающиеся проведением телемедицинских консультаций в Национальных медицинских исследовательских центрах (НМИЦ), предусмотренных п. 256 приказа Минздрава России от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 № 54643), соглашением от 30.08.2019 г. между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Кабинетом Министров Чувашской Республики «О взаимодействии в целях осуществления национальными медицинскими исследовательскими центрами организационно-методического руководства медицинскими организациями, находящимся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики», в целях определения методов лечения, видов диагностических исследований, а также реабилитационных и профилактических мероприятий, включаются в реестр счетов на оплату медицинской помощи с применением флага «НМИЦ».

2.18. Информация об объеме средств финансирования на месяц медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, доводится страховыми медицинскими организациями до медицинских организаций по форме согласно приложению 14 к настоящему Регламенту ежемесячно в срок по 3 число месяца, следующего за отчетным.

Реестр счетов медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь (приложение 15 к Регламенту), наряду с персонифицированными сведениями о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, включает в себя количество прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, дифференцированный подушевой норматив (тариф) финансирования скорой медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо и общую сумму финансирования на численность прикрепленных лиц.

2.19. Объем средств финансирования амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу на месяц медицинских организаций, оказывающих амбулаторную

медицинскую помощь, доводится страховыми медицинскими организациями до медицинских организаций по форме согласно приложению 16 к Регламенту ежемесячно в срок по 3 число месяца, следующего за отчетным.

Реестр счетов медицинских организаций по подушевому нормативу финансирования, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь (приложение 17 к Регламенту), наряду с персонифицированными сведениями о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, включает в себя количество к медицинской организации прикрепленных застрахованных лиц, тариф на основе подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо и общую сумму финансирования на численность прикрепленных лиц.

В счетах медицинских организаций по подушевому нормативу финансирования, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, указывается общая сумма финансирования на численность прикрепленных лиц по тарифу на основе подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц.

Страховая медицинская организация ежемесячно в срок до конца месяца (включительно), следующего за отчетным месяцем, производит окончательный расчет оплаты внешних медицинских услуг МО-исполнителей за счет подушевого норматива финансирования соответствующих МО - фондодержателей (включая объемы амбулаторной медицинской помощи, оказанные фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами), при этом оформляется справка - расчет суммы к перечислению средств подушевого финансирования по форме согласно приложению 18 к Регламенту.

2.20. Объем финансирования фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на месяц доводится страховыми медицинскими организациями до медицинских организаций по форме согласно приложению 19 к Регламенту ежемесячно в срок по 3 число месяца, следующего за отчетным, и включает детализацию расчета суммы финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, оформленную согласно таблице 2 приложения 19 к Регламенту.

Реестр счетов медицинской организации, формируемый в рамках финансирования фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, включает в себя персонифицированные сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами (приложение 20 к Регламенту), при этом случаи амбулаторной медицинской помощи, оказанные лицам из числа населения, прикрепленного к данной медицинской организации, оплачиваются с применением флага «ФАП» (случаи амбулаторной медицинской помощи, оказанные фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами медицинской организации лицам из числа населения, прикрепленного к данной медицинской организации).

В счете медицинской организации, формируемом в рамках финансирования фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, указывается общая сумма финансирования по всем фельдшерским, фельдшерско-акушерским пунктам данной медицинской организации на один месяц.

2.21. Оплата лабораторных исследований, проводимых в централизованных лабораториях, работающих в системе ОМС, производится на условиях Тарифного соглашения с применением флага «ЦЛ» (централизованная лаборатория) и указанием ОГРН обслуживаемой медицинской организации.

Формы направлений на анализ в централизованную лабораторию должны содержать следующие реквизиты:

- серия и номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС;
- наименование СМО (при отсутствии сведений может не заполняться);
- признак новорожденного: указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения.

0 – признак отсутствует.

Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону:

ПДДММГГ, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005, утвержденным приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79;

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

- фамилия, имя, отчество пациента или представителя пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения;

- дата рождения пациента или представителя пациента;

- СНИЛС (при наличии).

Страховая медицинская организация ежемесячно в срок до конца месяца (включительно), следующего за отчетным месяцем, производит окончательный расчет оплаты медицинской помощи медицинских организаций – получателей лабораторных услуг, уменьшая сумму оплаты счетов на сумму средств, перечисленных в централизованные лаборатории, при этом оформляется справка - расчет суммы к перечислению средств по форме согласно приложению 21 к Регламенту.

2.22. Оплата услуг телемедицинского консультирования, выполненного телемедицинскими центрами и телемедицинскими пунктами при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой (врач-врач) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также в условиях круглосуточного и дневного стационара, осуществляется по тарифу за медицинскую услугу А13.29.009.001 «Экспертное консультирование с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой (врач-врач)» на условиях Тарифного соглашения с применением с применением флага «ЭТМК» и указанием ОГРН обслуживаемой медицинской организации.

Формы направлений на услугу телемедицинского консультирования должны содержать следующие реквизиты:

- серия и номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС;

- наименование СМО (при отсутствии сведений может не заполняться);

- признак новорождённого: указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения.

0 – признак отсутствует.

Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону:

ПДДММГГ, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005, утвержденным приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79;

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

- фамилия, имя, отчество пациента или представителя пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения;

- дата рождения пациента или представителя пациента;

- СНИЛС (при наличии).

Страховая медицинская организация ежемесячно в срок до конца месяца (включительно), следующего за отчетным месяцем, производит окончательный расчет оплаты медицинской помощи медицинских организаций – получателей услуг телемедицинского консультирования, уменьшая сумму оплаты счетов на сумму средств, перечисленных в телемедицинские центры и телемедицинские пункты, при этом оформляется справка - расчет суммы к перечислению средств по форме согласно приложению 21 к Регламенту.

2.23. В целях обеспечения учета средств обязательного медицинского страхования СМО ежемесячно направляет в ТФОМС в срок до 10 числа, следующего за отчетным месяцем, предварительную информацию и до конца месяца, следующего за отчетным

месяцем, окончательную информацию с учетом оплаты внешних медицинских услуг за счет подушевого норматива финансирования согласно прилагаемым формам:

- сведения о сумме средств направляемых на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования Чувашской Республики (приложение 24 к Регламенту);

- сведения о сумме средств направляемых на оплату амбулаторной медицинской помощи по тарифам на основе подушевого норматива финансирования, установленным Тарифным соглашением на прикрепившихся граждан в системе обязательного медицинского страхования Чувашской Республики (приложение 25 к Регламенту).

2.24. Для формирования достоверных данных в унифицированной системе сбора и обработки информации (УССОИ) по объемам оказания и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях, должны быть определены значения показателя по шкале реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ) (приложение 1 к приказу Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 №60039)). При формировании случаев оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», проводимой в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи (третий этап) дополнительно проставляется соответствующий флаг ШРМ («ШРМ1», «ШРМ2», «ШРМ3»).