

«Согласовано»

Начальник Департамента
Смоленской области по
здравоохранению

А.А.Касьянов

" 27 " января 2011 г.

«Утверждаю»

Исполнительный директор
Смоленского областного фонда
обязательного медицинского
страхования

А.А. Шматков

"27" января 2011г.

РЕГЛАМЕНТ

информационного взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС, и Смоленского областного фонда обязательного медицинского страхования

Настоящий регламент разработан в целях реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании граждан Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ, Правилами ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от «28» декабря 2010 г № 1219н, Положением о контроле объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС Смоленской области от 16.12.2008 , Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на территории Смоленской области, утвержденным Тарифной комиссией 18.01.2011г.

1. Общие положения

1.1. Настоящий документ определяет порядок, формы и сроки информационного взаимодействия между медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, Смоленским областным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) по учету медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в системе ОМС Смоленской области.

1.2. Регламент определяет порядок формирования реестров счетов по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС, порядок информационного взаимодействия по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, работающих в системе ОМС Смоленской области.

1.3. Взаимоотношения медицинских организаций и страховых медицинских организаций, медицинских организаций и Фонда регламентируются договором на оказание и оплату медицинской помощи, предусматривающим осуществление страховыми медицинскими организациями и Фондом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, работающих в системе ОМС.

1.4. Взаимоотношения Фонда и страховых медицинских организаций регламентируются договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и другими нормативными правовыми актами, регуливающими обязательное медицинское страхование.

1.5. Фонд использует полученную информацию для предоставления отчетных данных в ФОМС и органам областной статистики по установленным формам, разработке новых методологических подходов к оплате за медицинскую помощь (медицинские услуги), формирования тарифов на медицинскую помощь (медицинские услуги), осуществления контрольной функции за деятельностью страховой медицинской организации 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 следующие формы учетной документации:

- талон амбулаторного пациента, утвержденный приказом Департамента Смоленской области по здравоохранению от 06.02.2003 г. № 062;

- статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому, форма № 066/у-02 (утверждена приказом Минздрава России от 30.12.2002 г. № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации»).

Подтверждением оказанной медицинской услуги (медицинской помощи) является врачебная запись в амбулаторной карте о проведенном осмотре пациента (при оказании амбулаторно-поликлинической помощи), материалы истории болезни (при оказании медицинской помощи в стационаре).

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

- ежемесячно реестр пролеченных пациентов (Приложение 1);
- ежемесячно счет-фактуру (Приложение 2);
- ежемесячно счет на оплату медицинских услуг (Приложение 3);
- ежемесячно счет на оплату расходов на текущую деятельность (Приложение 3-1);

2.2. В работе страховых медицинских организаций используются следующие учетные документы:

- акт медико-экономического контроля файла реестра счетов медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС (примерная форма приведена в Положении о контроле объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС Смоленской области от 16.12.2008);
- акт медико-экономической экспертизы по случаям медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организацией (примерная форма приведена в Положении о контроле объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС Смоленской области от 16.12.2008);
- акт экспертизы качества медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организацией (примерная форма приведена в Положении о контроле объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС Смоленской области от 16.12.2008);
- реестр актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи (форма произвольная разрабатывается страховой медицинской организацией);
- протокол экспертной оценки качества медицинской помощи (примерная форма приведена в Положении о контроле объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС Смоленской области от 16.12.2008).

2.3. Страховая медицинская организация ежемесячно принимает информацию от медицинских организаций, проводит контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и возмещает расходы медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь.

Обмен информацией производится на бумажном носителе и в электронном виде.

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 (медицинские услуги), оказанные застрахованным гражданам в медицинских организациях, принимающих участие в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3.2. Медицинская помощь в медицинских организациях учитывается по видам медицинской помощи, по профильным отделениям, профильным специальностям врачей, осуществляющих амбулаторно-поликлинический прием, в рамках реализации Территориальной программы ОМС.

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

- справочник медицинских организаций, работающих в системе ОМС Смоленской области (Приложение 4);
- справочник страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС Смоленской области (Приложение 5);
- справочник единиц учета медицинской помощи (Приложение 6);
- справочник административного деления Смоленской области

- (Приложение 7 в электронном виде);
- справочник кодов профильных отделений (Приложение 8);
 - справочник кодов врачебных специальностей (Приложение 9);
 - справочник кодов видов медицинской помощи (Приложение 10);
 - территориальный классификатор медицинских услуг, принятый на территории Смоленской области (Приложение 11);
 - справочник кодов льготных категорий граждан (Приложение 12);
 - справочник кодов результатов обращений в медицинские учреждения по видам медицинской помощи (Приложение 13);
 - классификатор болезней МКБ-10 (Приложение 14 в электронном виде);
 - справочник кодов признака «Особый случай» (приложение 15);
 - справочник кодов ошибок, выявляемых при проведении медико-экономического контроля реестров (Приложение 16);
 - справочник кодов социального статуса граждан (Приложение 17);
 - справочник типов документов, удостоверяющих личность (Приложение 18);
 - справочник кодов характера заболеваний (Приложение 20);
 - справочник кодов результатов диспансеризации в амбулаторно-поликлинических учреждениях в амбулаторно-поликлинических учреждениях (Приложение 21);
 - справочник административного деления РФ (Приложение 34).

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

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.

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

- действующий страховой медицинский полис ОМС;
- свидетельство о рождении.

В случае отсутствия в момент обращения за медицинской помощью у детей действующего страхового медицинского полиса ОМС применяются правила, предусмотренные в справочнике признака «Особый случай» (Приложение 15).

5. Правила определения страховщика

5.1. Принадлежность застрахованных граждан к страховой медицинской организации определяется по предъявленному страховому полису.

5.2. Принадлежность застрахованного, не имеющего возможности предъявить действующий страховой медицинский полис ОМС, определяется со слов застрахованного гражданина, назвавшего Страховщика. Страховщик обязан подтвердить медицинскому учреждению факт страхования гражданина.

5.3. 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.

5.4. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной законным представителем.

6. Порядок информационного взаимодействия страховых медицинских организаций, Фонда и Департамента Смоленской области по здравоохранению

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

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

- отчет страховой медицинской организации об использовании средств ОМС за отчетный месяц (Приложение 28-месяц);
- отчет страховой медицинской организации о финансировании медицинских организаций (Приложение 27-месяц);
- акт сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении ОМС (приложение 25).

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

- сводный реестр пролеченных пациентов и реестр счетов по оплате медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями, и оплаченных страховой медицинской организацией по всем медицинским учреждениям. Информация представляется в электронном виде (Приложение 1);
- акт приема-передачи реестров счетов между страховой медицинской организацией и Фондом за медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным по ОМС (Приложение 22) (на бумажном носителе);
- отчет страховой медицинской организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, в электронном виде и на бумажном носителе (Приложение 23);
- отчет страховой медицинской организации по организации защиты прав и законных интересов застрахованных граждан, по форме раздела VII приказа ФОМС «О проведении мониторинга деятельности субъектов системы ОМС» от 08.08.2008г. №169 (Приложение 36) (на бумажном носителе).
- отчет страховой медицинской организации по оплате медицинских услуг, оказанных застрахованным по обязательному медицинскому страхованию,

за отчетный месяц по всем медицинским организациям (Приложение 24-месяц) (на бумажном носителе);

- акт сверки страховой медицинской организации и медицинской организации выполненных видов и объемов медицинской помощи в рамках утвержденного муниципального заказ-задания (Приложение 29) (в электронном виде и на бумажном носителе);

в срок не позднее 15 числа текущего месяца на бумажном носителе:

- заявку на получение средств обязательного медицинского страхования на авансирование оплаты медицинской помощи (приложение 40).

6.2. 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 страховой медицинской организацией об использовании средств ОМС (Приложение 28-квартал);
- отчет страховой медицинской организацией о финансировании медицинских организаций, работающих в системе ОМС, на оплату медицинских услуг (Приложение 27–квартал);

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

- отчет страховой медицинской организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в электронном виде и на бумажном носителе (Приложение 23- квартал);
- отчет страховой медицинской организации по оплате медицинских услуг, оказанных застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, за отчетный период (Приложение 24 – квартал) (на бумажном носителе);
- отчет страховой медицинской организации по исполнению сметы расходов на ведение дела (приложение 30) (на бумажном носителе);
- статистический отчет страховой медицинской организации «Сведения об организации защиты прав и законных интересов граждан в системе ОМС» по форме, утвержденной приказом ФОМС от 14.08.2008 г. № 175 (форма № ПГ) (квартальная нарастающим итогом) в электронном виде и на бумажном носителе (Приложение 37);
- сведения о численности и начисленной заработной плате работников страховой медицинской организации (приложение 32 – квартал) (на бумажном носителе);
- отчет по форме №8, «Сведения о численности граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию» на бумажном и магнитном носителях. Форма утверждена приказом ФОМС от 24.06.2005 г. №65 (приложение 38);

в срок не позднее 14 числа месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом):

- акт сверки расчетов между Фондом и страховой медицинской организацией (Приложение 31) (на бумажном носителе);

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

- отчет по форме № 10 «Об утверждении форм ведомственного статистического наблюдения и порядка их заполнения» утвержденной приказом ФОМС от 12.11.2009г. № 249, на бумажном и магнитном носителях (приложение 39);

6.3. Фонд пересматривает дифференцированные подушевые нормативы финансирования обязательного медицинского страхования при изменении численности и (или) структуры застрахованных лиц и финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Правилами, и в течение пяти рабочих дней после утверждения руководителем территориального фонда доводит их до сведения страховой медицинской организации;

6.4. Страховая медицинская организация направляет в срок не позднее 4 числа месяца, следующего за отчетным в адрес Департамента Смоленской области по здравоохранению следующую информацию:

- отчет страховой медицинской организации об использовании средств ОМС за отчетный месяц (приложение 28 – месяц);
- отчет об использовании средств ОМС за отчетный квартал (приложение 28 – квартал).

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

- отчет страховой медицинской организации по результатам контроля объемов и качества медицинской помощи (Приложение 23);
- отчет страховой медицинской организации по организации защиты прав и законных интересов застрахованных граждан, по форме раздела VII приказа ФОМС «О проведении мониторинга деятельности субъектов системы ОМС» от 08.08.2008г. №169 (Приложение 36);
- информацию о количестве граждан, обеспеченных полисами с разбивкой по муниципальным образованиям.

6.5. 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.

6.6. Страховая медицинская организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору за страховой деятельностью, и документ, подтверждающий право страховой медицинской организации на осуществление деятельности по технической защите конфиденциальной информации в соответствии с законодательством Российской Федерации, 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 участвовать в сфере обязательного медицинского страхования, по образцу приложение № 41 к настоящему Регламенту.

6.7. 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.

6.8. Страховая медицинская организация в течение семи рабочих дней подготавливает и представляет в Фонд на бумажном носителе уведомление по образцу приложение № 41, 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, копию документа, подтверждающего право страховой медицинской организации на осуществление деятельности по технической защите конфиденциальной информации в соответствии с законодательством Российской Федерации, 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.

6.9. В случае изменения сведений о страховой медицинской организации, предусмотренных подпунктами 1, 2, 3, 4, 5, 6 уведомления, 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.

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

- 1) приостановления либо прекращения действия лицензии;
- 2) ликвидации страховой медицинской организации;
- 3) по заявлению об исключении из реестра страховых медицинских организаций по образцу приложение № 42.

6.11. Заявление 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.

6.12. Исключение из реестра страховых медицинских организаций в случаях, соответствующих подпунктам 1 и 2 пункта 6.10 настоящего Регламента, 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.

6.13. Исключение из реестра страховых медицинских организаций в случае, соответствующем подпункту 3 пункта 6.10 настоящего Регламента, осуществляется с даты, указанной в заявлении об исключении из реестра страховых медицинских организаций.

7. Порядок информационного взаимодействия медицинских организаций и Фонда

7.1. Фонд проводит контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в рамках межтерриториальных расчетов на основании Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании граждан Российской Федерации» от 29.11.2010 №326-ФЗ, Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.12.2010г. № 1219н, приказа Федерального фонда ОМС от 08.05.2009г. № 97 «Об утверждении Порядка организации проведения территориальными фондами обязательного медицинского страхования межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь, оказанную гражданам в Российской Федерации вне территории страхования по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования».

7.2. Медицинские организации ежемесячно в срок не позднее 3 числа месяца, следующего за отчетным, направляют в Фонд:

- файл реестра счетов по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС за пределами Смоленской области (далее - иногородним гражданам) в электронном виде;
- счет на оплату медицинских услуг по форме.

7.3. Фонд проводит медико-экономический контроль представленных реестров счетов по оплате медицинских услуг, оказанных иногородним гражданам на территории Смоленской области, в течение 3 дней после получения файла реестра счетов.

В случае выявления дефектов, не позволяющих произвести оплату за оказанные медицинские услуги иногородним гражданам, Фонд направляет файл реестра счетов в медицинскую организацию на доработку. Медицинская организация в сроки определенные п. 7.2. Регламента, вносит исправления и повторно направляет в Фонд файл реестра счетов. Фонд проводит повторный медико-экономический контроль, оформляет акт медико-экономического контроля.

7.4. При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения отдельных позиций файла реестра счета от медицинской организации, Фонд проводит медико-экономическую экспертизу и/или экспертизу качества медицинской помощи. Фонд после проведения медико-экономического контроля реестра формирует запрос в медицинскую организацию на предоставление первичных медицинских документов для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи и направляет его электронной почтой.

7.5. 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.

7.6. Фонд после получения медицинской документации проводит медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи, оформляет акты медико-экономической экспертизы, акты экспертизы качества медицинской помощи (далее - акты), и направляет их в медицинскую организацию электронной почтой.

7.7. Медицинская организация в течение 3 дней от даты получения актов обеспечивает доставку в Фонд двух экземпляров актов, заверенных подписью руководителя и печатью учреждения.

7.8. Фонд с учетом результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи производит оплату предъявленных счетов и уведомляет медицинскую организацию о принятии файла реестра счетов на оплату до 28 числа текущего месяца.

7.9. После медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи Фонд формирует сводные файлы реестры счетов по оплате медицинских услуг, оказанных иногородним гражданам, отдельно по каждому субъекту Российской Федерации и направляет их в электронном виде и на бумажном носителе в соответствующие территориальные фонды ОМС по принадлежности к субъектам РФ, не позднее 30-31 числа месяца, следующего за отчетным.

7.10. В случае получения Фондом мотивированных отказов об оплате медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам в медицинских организациях Смоленской области, от территориальных фондов, Фонд направляет в медицинскую организацию уведомляющие документы об уменьшении оплаты медицинской помощи и формирует запрос на предоставление первичной медицинской документации для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

7.11. Направление Фондом запроса медицинской документации, проведение медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, оформление актов, предоставление медицинской организацией медицинской документации и доставка актов в Фонд осуществляется в соответствии с п. 7.4 - 7.7. Регламента.

7.12. Фонд направляет в ТФОМС по месту страхования акты и мотивированные письма с обоснованием необходимости оплаты медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам.

7.13. В случае не предоставления медицинской документации по запросу Фонда и актов, заверенных подписью руководителя и печатью медицинской организации в сроки, установленные п.7.5. и 7.7. Регламента, позиции реестра по которым требовались перечисленные документы, могут быть сняты Фондом с оплаты.

7.14. Медицинская организация – ежеквартально в срок не позднее 24 числа месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом), направляет в Фонд сведения о поступлении и расходовании денежных средств ОМС за отчетный период по Ф-14 на бумажном носителе.

7.15. Территориальный фонд проводит ежегодно сверку расчетов за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно, направляя до 15 ноября отчетного года акты сверки в другие территориальные фонды ОМС, и проводит сверку данных по полученным актам сверки от других территориальных фондов до 15 декабря отчетного года.

7.16. Фонд осуществляет актуализацию справочников по мере изменения условий реализации Территориальной программы ОМС на территории Смоленской области, доводит информацию об изменениях и дополнениях в справочниках до

всех медицинских организаций и страховых медицинских организаций и информирует об индексации тарифов на медицинские услуги с указанием сроков введения изменений.

7.17. Медицинская организация, имеющая право на осуществление медицинской деятельности, для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, направляет уведомление об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (далее – уведомление) в виде электронного документа путем передачи через официальный сайт территориального фонда в сети Интернет с обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по образцу согласно приложению № 43 к настоящему Регламенту.

7.18. Территориальный фонд не позднее двух рабочих дней с даты получения уведомления в электронном виде от медицинской организации, направляет на указанный в уведомлении электронный адрес реестровый номер, присвоенный медицинской организации.

7.19. Медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты получения реестрового номера представляет в территориальный фонд на бумажном носителе уведомление по образцу согласно приложению № 43 к настоящему Регламенту и копию документа, дающего право на осуществление медицинской деятельности, заверенного подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации.

7.20. В случае изменения сведений о медицинской организации, указанных в пунктах 1, 2, 3, 4, 5, 6 уведомления, медицинская организация в течение двух рабочих дней от даты наступления этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме новые сведения и документы, подтверждающие изменения сведений, для актуализации реестра медицинских организаций.

7.21. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из реестра медицинских организаций, за исключением случаев:

- 1) утраты (приостановления либо прекращения) права на осуществление медицинской деятельности;
- 2) ликвидации медицинской организации;
- 3) банкротства медицинской организации;
- 4) иных случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации, препятствующих осуществлению деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

7.22. Исключение медицинских организаций из реестра медицинских организаций в случаях, указанных в пункте 7.12 настоящего Регламента, производится с даты возникновения указанных обстоятельств.

7.23. Медицинские организации в случае несогласия с результатами медико-экономического контроля, 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 ведут учет застрахованных граждан в виде электронной базы данных – регистра застрахованных в течение каждого отчетного периода (календарный месяц.)

8.2. По окончании отчетного периода страховые медицинские организации не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным, предоставляют медицинским организациям регистр застрахованных на текущий месяц (Приложение 33).

8.3. Медицинская организация представляет страховой медицинской организации информацию в сроки определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию:

- ежемесячно реестр пролеченных пациентов (Приложение 1);
- ежемесячно счет - фактуру (Приложение 2);
- ежемесячно счет на оплату медицинских услуг (Приложение 3);
- ежемесячно счет на оплату расходов на текущую деятельность (Приложение 3-1).

Счета на текущие расходы медицинская организация представляет в страховую медицинскую организацию отдельно в течение 5 рабочих дней после отчетного периода. Объем финансирования расходов на текущую деятельность медицинских организаций рассчитывается Фондом на первое число месяца, следующего за отчетным. Страховая медицинская организация оплачивает поступившие от медицинских организаций счета на оплату расходов на текущую деятельность в течение 3-х рабочих дней.

8.4. Страховая медицинская организация в течение 2-х рабочих дней проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинскими учреждениями файла реестра счетов медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

8.5. Страховая медицинская организация по результатам медико-экономического контроля файла-реестра счетов по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС, оформляет акт медико-экономического контроля, уведомление об уменьшении оплаты и направляет в адрес медицинской организации.

8.6. При наличии отклоненных от оплаты счетов за оказанную медицинскую помощь по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию, отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь, не позднее 25-и рабочих дней с даты получения акта медико-экономического контроля от страховой медицинской организации.

8.7. Страховая медицинская организация по результатам медико-экономического контроля файла-реестра счетов по оплате медицинской помощи формирует запрос в медицинскую организацию на предоставление первичных медицинских документов для проведения медико-экономической экспертизы и /или экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с Положением о контроле объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС Смоленской

области.

8.8. Медицинская организация в течение 5 дней от даты получения запроса представляет страховой медицинской организации первичную медицинскую документацию для проведения медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

8.9. Страховая медицинская организация проводит экспертизу первичной медицинской документации, по результатам медико-экономической экспертизы оформляет акт медико-экономической экспертизы, по результатам экспертизы качества медицинской помощи оформляет акт экспертизы качества медицинской помощи, направляет их и уведомление о результатах медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в медицинскую организацию.

8.10. Медицинские организации, в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации вправе обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в Фонд.

8.11. Медицинская организация и страховая медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию ежемесячно проводят сверку расчетов на 1 число и составляют акт (приложение 19).

8.12. Медицинская организация представляет страховой медицинской организации не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом:

- Заявку на авансирование медицинской помощи (приложение 35).

9. Правила передачи данных

Информационный обмен осуществляется в электронном виде по сети Интранет, с использованием средств криптографической защиты информации и электронной цифровой подписи в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в сфере защиты информации и персональных данных гражданина.

При обмене данными медицинские организации, страховые медицинские организации и Фонд руководствуются федеральными законами «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», «Об электронной цифровой подписи», «О персональных данных», Постановлением Администрации Смоленской области «Об утверждении Порядка организации выдачи сертификатов ключей подписей уполномоченных лиц органов исполнительной власти Смоленской области и Правил обмена электронными документами и использования электронной цифровой подписи» от 13.11.2007г. №394, Регламентом Удостоверяющего центра органов исполнительной власти Смоленской области, утвержденным приказом директора областного государственного учреждения «Смоленский областной центр информационно-коммуникационных технологий» № 35/ок от 25.12.2007 г., иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Смоленской области.

10 . Действие регламента

Настоящий Регламент действует с 11 января 2011 года и является обязательным для всех участников системы ОМС на территории Смоленской области.