МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

П Р И К А З

«21» 02 2019 г. №1109-54

г. Владикавказ

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания от 27.09.2018 №233 «Об утверждении протокола информационного взаимодействия между медицинскими организациями и ТФОМС Республики Северная Осетия – Алания при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования»

В соответствии с приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 23.03.2018 №54, от 28.09.2018 №200, от 13.12.2018 №285, и в целях обеспечения эффективного информационного взаимодействия при учете медицинской помощи, оказанной в системе обязательного медицинского страхования **п р и к а з ы в а е м** :

1. Внести следующие изменения в Протокол информационного взаимодействия между медицинскими организациями и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия – Алания (далее - ТФОМС РСО-А) при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи (далее - Протокол), утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания от 27.09.2018 №233 «Об утверждении протокола информационного взаимодействия между медицинскими организациями и ТФОМС Республики Северная Осетия – Алания при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования»:

дополнить Протокол «Приложением №1» и «Приложением №2» в соответствии с Приложением №1 к настоящему приказу;

внести изменения в Протокол в соответствии с Приложением №2 к настоящему приказу.

2. Общему отделу ТФОМС РСО-А (Кудзаева) довести настоящий приказ до всех участников информационного взаимодействия при учете медицинской помощи, оказанной в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия – Алания.

3. Отделу информационного обеспечения ТФОМС РСО-А (Лебедев) разместить настоящий приказ на официальном сайте ТФОМС РСО-А не позднее 3-х дней с момента утверждения

4. Руководителям страховых медицинских организаций руководствоваться настоящим приказом в рамках информационного обмена при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи с 1 марта 2019 года.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за собой.

Заместитель Председателя Правительства РСО-Алания - Министр здравоохранения РСО-Алания

Т. К. Гогичаев

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования РСО-Алании

К. М. Дзлиев

Согласовано:

Директор РМИАЦ
РСО-Алания
«19» 02 2019 г. _____ Д. В. Гахов

Заместитель директора по
медицинским вопросам
«19» 02 2019 г. _____ О. А. Дзукаев

Начальник общего отдела
«19» 02 2019 г. _____ Г. Г. Кудзаева

Начальник отдела
правового обеспечения
«19» 02 2019 г. _____ А. Ю. Габуев

Начальник отдел
организации медцинского
страхования
«19» 02 2019 г. _____ Р. З. Кокоев

И.о. начальника отдела
информационного
обеспечения
«19» 02 2019 г. _____ Н. С. Лебедев

Исполнитель
«19» 02 2019 г. _____ А. Х. Баликоев

Приложение № 1 к приказу
Минздрава РСО-Алания и ТФОМС РСО-А
№ 1129/54 от 21.02.2019

« Приложение №1
К протоколу информационного взаимодействия между медицинскими организациями и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия – Алания при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи

Сроки и порядок предоставления медицинскими организациями счетов и реестров счетов к оплате за медицинские услуги

Участники информационного взаимодействия в системе ОМС должны придерживаться следующих сроков и порядка предоставления сведений:

1.1. МО с 15 по 17 число отчетного месяца направляют в ТФОМС по защищенному каналу связи ViPNet, а при его отсутствии - на электронном носителе МО, тестовые файлы реестров счетов оказанной медицинской помощи (далее – файлы реестров счетов).

1.2. ТФОМС в течение 1-го рабочего дня производит форматно-логический контроль (ФЛК) и передает протокол ошибок в МО.

1.3. МО выполняет исправления и производит повторную выгрузку.

1.4. МО с 1 числа месяца, следующего за отчетным, в течение 3-х рабочих дней направляют в ТФОМС по защищенному каналу связи ViPNet, а при его отсутствии - на магнитном носителе МО, все сформированные файлы реестров счетов.

Не допускается предоставление нескольких (более одного) файлов реестров счетов одного типа;

1.5. ТФОМС в течение 1-го рабочего дня после предоставления МО файлов реестров счетов проводит форматно-логический контроль (ФЛК);

1.6. ТФОМС в течение 1-го рабочего дня после проведения проверок производит формирование реестров счетов в разрезе страховой принадлежности и отправку файлов реестров счетов по защищенному каналу связи ViPNet в СМО.

1.7. МО в течение 1-го рабочего дня со дня передачи ТФОМС файлов реестров распечатывает, подписывает руководителем МО и передает в бумажном виде

бухгалтерские счета по межтерриториальным расчетам в ТФОМС и остальные бухгалтерские счета в СМО;

1.8. СМО в течение 8-ми рабочих дней со дня передачи ТФОМС файлов реестров счетов проводит определение страховой принадлежности (ОСП), форматно-логический контроль (ФЛК), медико-экономический контроль (МЭК) в пределах своей компетенции;

1.9. СМО в течение 1-го рабочего дня после проведения проверок файлов реестров счетов формирует Акт приема-передачи реестров счетов и передает подписанный руководителем или уполномоченным лицом файл с результатами МЭК в ТФОМС. СМО направляет в ТФОМС по защищенному каналу связи ViPNet проверенные файлы реестров счетов (файлы-ответы) с указанными суммами оплаты и выявленными дефектами.

1.10. СМО в течение 1-го рабочего дня с момента подписания с ТФОМС Акта приема-передачи передает на бумажном носителе в 2-х экземплярах подписанный руководителем или уполномоченным лицом Акт в МО. После подписания Акта МЭК руководителем МО 1 экземпляр возвращается в СМО.

1.11. МО в течении 25-ти рабочих дней после получения Акта МЭК проводит исправление выявленных ошибок, производит выгрузку исправленных случаев оказанной медицинской помощи и предоставляет файлы реестров счетов в ТФОМС;

1.12. ТФОМС в течение 2-х рабочих дней после предоставления МО файлов реестров счетов исправленных случаев проводит форматно-логический контроль (ФЛК);

1.13. ТФОМС в течение 1-го рабочего дня после проведения проверок производит формирование реестров счетов исправленных случаев в разрезе страховой принадлежности и отправку файлов реестров счетов по защищенному каналу связи ViPNet в СМО.

1.14. СМО в течение 5-ти рабочих дней со дня передачи ТФОМС файлов реестров счетов исправленных случаев проводит определение страховой принадлежности (ОСП), форматно-логический контроль (ФЛК), медико-экономический контроль (МЭК) в пределах своей компетенции;

1.15. СМО в течение 1-го рабочего дня после проведения проверок файлов реестров счетов формирует Акт приема-передачи реестров счетов исправленных случаев и передает подписанный руководителем или уполномоченным лицом Акт в ТФОМС. СМО направляет в ТФОМС по защищенному каналу связи ViPNet проверенные файлы реестров счетов исправленных случаев (файлы-ответы) с указанными суммами оплаты и выявленными дефектами.

1.16. СМО в течение 1-го рабочего дня с момента подписания с ТФОМС Акта приема-передачи передает на бумажном носителе в 2-х экземплярах подписанный руководителем или уполномоченным лицом Акт в МО. После подписания Акта МЭК руководителем МО 1 экземпляр возвращается в СМО.

Приложение №2
к протоколу информационного взаимодействия между медицинскими организациями и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия – Алания при осуществлении персонифицированного учета медицинской помощи

Технологическая инструкция
по автоматизации процедуры расчета стоимости счета
на медицинскую услугу

В связи с необходимостью автоматизации процедуры изменения тарифов на медицинские услуги, оказываемые медицинскими организациями в рамках территориальной программы ОМС, вводятся в действие единые правила действий субъектов ОМС при расчете стоимости медицинских услуг и представления счетов к оплате.

1. Правило математического округления при расчете тарифа с применением коэффициента состоит в следующем:

а) при расчете стоимости случая операция округления производится последним действием;

б) если полученная в результате умножения тарифа на коэффициенты сумма содержит тысячные доли рублей (десятые доли копейки), которые равны или превышают 5, производится увеличение полученной суммы на 1 копейку;

в) если полученная в результате умножения тарифа на необходимые коэффициенты сумма содержит тысячные доли рублей (десятые доли копейки), которые не превышают 0.5, увеличение полученной суммы не производится.

2. Выбор и применение тарифа для расчета стоимости случая обслуживания по всем видам медицинских организаций не зависит от даты выставления счета на оплату.

3. Выбор и применение тарифа для расчета стоимости счета производится только по дате окончания лечения.

4. Действия по оплате счетов в случае распространения срока действия измененных тарифов на период, предшествующий дате принятия решения:

а) страховым медицинским организациям: если реестры счетов, переданные медицинскими организациями, содержат счета, стоимость лечения которых рассчитана по тарифам предыдущего тарифного периода, они полностью возвращаются обратным потоком с признаком отказа “5.4.2”

б) медицинским организациям: возвращенные реестры счетов подлежат пересчету по действующим тарифам и выставляются как повторные для оплаты в СМО.

Приложение № 2 к приказу
Минздрава РСО-Алания и ТФОМС РСО-А

№ 112/09/54 от 21.02.2019

Изменения, вносимые в структуру файла с протоколом ФЛК:

В элементе PR строку:

	COMMENT	O	T(250)	Комментарий	

заменить на строку следующего содержания:

	COMMENT	O	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции. Обязателен перечень полей приведших к дефекту.

Изменения, вносимые в структуру файла со сведениями об оказанной медицинской помощи:

1. в элементе SLUCH строку:

	DS_ONK	У	N(1)	Признак подозрения на ЗНО.	Обязательно для ВМП. 0 - при отсутствии подозрения на ЗНО; 1 - при выявлении подозрении на ЗНО.

заменить на строку следующего содержания:

	DS_ONK	У	N(1)	Признак подозрения на ЗНО.	Обязательно для ВМП, диспансеризации и при установленном основном диагнозе ЗНО (первый символ кода диагноза «С» или код основного диагноза входит в диапазон D00-D09) и нейтропении (код диагноза D70 с сопутствующим диагнозом С00-С80 или С97). 0 - при отсутствии подозрения на ЗНО; 1 - при выявлении подозрении на ЗНО.

2. в элементе ONK_SL строку:

	STAD	У	N(3)	Стадия заболевания.	Справочник N002. Обязательно к заполнению при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2}).

заменить на строку следующего содержания:

	STAD	У	N(3)	Стадия заболевания.	Справочник N002. Обязательно к заполнению: для ВМП при проведении противоопухолевого лечения (DS1_T={0,1,2}); для случаев онкологии кроме ВМП при проведении противоопухолевого лечения и наблюдении (DS1_T={0,1,2,3,4}).