

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ
(ТФОМС МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

П Р И К А З

08.04.2026

г. Мурманск

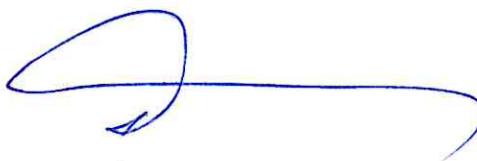
№ 46-0

**Об утверждении порядка информационного взаимодействия участников
обязательного медицинского страхования на территории Мурманской
области.**

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить порядок информационного взаимодействия участников ОМС на территории Мурманской области (далее Порядок).
2. Начальнику отдела информационного обеспечения Сироткину Д.А.:
 - 2.1. Довести утвержденный Порядок до сведения медицинских организаций и страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования Мурманской области
 - 2.2. Организовать прием и обработку информации от медицинских организаций и страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования Мурманской области в соответствии с утвержденным Порядком
3. Считать утратившим силу приказ директора ТФОМС Мурманской области от 01.07.2021 г. № 129 «Об утверждении порядка информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области».
4. Настоящий Порядок вступает в силу с 01.04.2026 г.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора ТФОМС Мурманской области Кривошея М.Л.

Директор



С.В. Маган

ПРИЛОЖЕНИЕ
к приказу ТФОМС
Мурманской области
от 08.04.2026г. № 16-0

**ПОРЯДОК ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
УЧАСТНИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

1. Перечень сокращений, используемых в документе

№	Сокращение	Определение
1	ФЕРЗЛ	Федеральный единый регистр застрахованных лиц
2	ЕГР ЗАГС	Единый государственный реестр записей актов гражданского состояния
3	МО	Медицинская организация (лечебно-профилактическое учреждение)
4	МЭК	Медико-экономический контроль
5	МЭЭ	Медико-экономическая экспертиза
6	НСИ	Нормативно-справочная информация - информация, заимствованная из нормативных документов и справочников, используемая при функционировании информационной системы
7	ОМС	Обязательное медицинское страхование
8	Полис	Полис обязательного медицинского страхования
9	СМО	Страховая медицинская организация
10	ТФОМС	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области
11	ФОМС	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
12	ЭКМП	Экспертиза качества медицинской помощи
13	ФЛК	Форматно-логический контроль
14	РСЗЛ	Региональный сегмент застрахованных лиц

2. Общие положения

2.1 Настоящий Порядок разработан на основании и в соответствии с:

- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н;
- Порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31 марта 2021 г. № 34н;
- Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н (далее – Порядок контроля);
- Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.04.2025 № 216н;
- Правилами ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 г. № 1998.

Настоящий Порядок разработан с учетом региональных особенностей взаимодействия субъектов ОМС на территории Мурманской области и устанавливает единые требования и правила информационного взаимодействия, применяемые участниками и субъектами обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области.

2.2 Информационное взаимодействие осуществляется при реализации следующих задач:

- ведение регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц;
- персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной на территории Мурманской области, и обеспечение расчетов за нее;
- ведение НСИ и реестров в сфере ОМС.

2.3 ТФОМС обеспечивает следующие режимы информационного взаимодействия:

- с СМО (ведение регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц) – информационный обмен с использованием технологии удаленного доступа к региональному сегменту регистра ОМС. СМО осуществляют функции ведения регистра ОМС в части собственного сегмента непосредственно в базе данных ТФОМС в режиме реального времени. При этом клиентское программное обеспечение ТФОМС предоставляет СМО безвозмездно;

- с СМО и МО - файловый (пакетный) обмен информацией в формате XML с кодовой страницей Windows-1251 (Приложения Б2, Б3, Б5, Б6, Б7, 515Н, ДН).

2.4 Для защиты информационного обмена от несанкционированного доступа используется программное обеспечение VipNet. Порядок и правила защищенного информационного обмена определены Положением и Регламентом защищенной виртуальной сети VipNet ТФОМС Мурманской области № 613, утвержденных приказом ТФОМС Мурманской области от 02.03.2012 г. № 62. МО, не использующие программное обеспечение VipNet, осуществляют информационное взаимодействие с ТФОМС на съемных носителях информации.

3. Регламент информационного взаимодействия при ведении регионального сегмента регистра застрахованных лиц

3.1 СМО осуществляют ввод данных по застрахованным лицам в части своего сегмента РСЗЛ в режиме реального времени непосредственно в базу данных ТФОМС при помощи программного комплекса РСЗЛ.

3.2 Информация о принятии на медицинское обслуживание застрахованного по ОМС лица (прикрепление) в медицинскую организацию вносится медицинскими и страховыми медицинскими организациями в базу данных ТФОМС Мурманской в режиме реального времени при помощи программного комплекса РСЗЛ.

3.3 Медицинские организации получают из программного комплекса РСЗЛ информацию об открепившихся и прикрепившихся застрахованных лицах.

3.4 Территориальный фонд:

Обеспечивает круглосуточный режим функционирования РСЗЛ и базы данных персонифицированного учета оказанной медицинской помощи.

Получает сведения:

- о работающих гражданах из ФЕРЗЛ;

- о приостановлении действия полисов ОМС граждан, призванных на военную службу, на срок прохождения указанной службы от Военного комиссариата Мурманской области;
- ежедневно получает сведения о государственной регистрации смерти из ЕГР ЗАГС и из ФЕРЗЛ и вносит их в РСЗЛ;
- о прикреплении застрахованных лиц к МО;
- о лицах, выбравших СМО в других субъектах Российской Федерации.

Ежедневно актуализирует информацию в РСЗЛ в соответствии ФЕРЗЛ и предоставляет СМО и МО для использования.

Ежедневно формирует информационные сообщения на изменение информации в ФЕРЗЛ по данным РСЗЛ.

4. Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной на территории Мурманской области, и обеспечении расчетов за нее

Согласно пункту 3 Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31 марта 2021 г. № 34н, и пункту 35 Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 г. № 1998 информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной на территории Мурманской области, осуществляется исключительно в электронной форме.

4.1 МО ежемесячно в течение первых 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, представляют в ТФОМС реестры по случаям оказания медицинской помощи на территории Мурманской области застрахованным по ОМС лицам (Приложения Б2, Б3, Б5, Б6, Б7, 515Н, ДН).

4.2 ТФОМС по представленным реестрам в автоматическом режиме проводит идентификацию застрахованных лиц на страховую принадлежность. В случае, когда по результатам проведения идентификации не установлена принадлежность застрахованного лица, которому была оказана медицинская помощь к страховому полю СМО по РСЗЛ и/или ФЕРЗЛ, МО предоставляют в территориальный фонд копию документа, подтверждающего факт страхования по ОМС такого лица.

4.3 На каждый реестр ТФОМС автоматически возвращает в адрес МО реестр с результатами ФЛК/МЭК, в соответствии с Порядком контроля. Случаи, отклоненные от оплаты, могут быть представлены повторно после исправления замечаний – в текущем (до формирования сводных реестров) или в следующем отчетном периоде. Случаи, предъявленные к оплате сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и отклоненные от оплаты, исправления не требуют. Они могут быть приняты к оплате в последующие периоды после корректировки «согласованных объемов». Из записей реестров, прошедших ФЛК, определение страховой принадлежности застрахованных лиц и МЭК, ТФОМС формирует сводные реестры – по одному для каждой СМО и МО (по лицам, застрахованным на территории Мурманской области) и ТФОМС (по лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации). Сводные реестры счетов (Приложение Г) направляются в СМО и МО в течение 5 рабочих дней после окончания приема реестров от МО.

4.4 Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в заключении о результатах медико-экономического контроля по форме, установленной ФОМС, с указанием суммы уменьшения счета в целом и по каждой записи реестра, содержащей сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи и суммах неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказанной медицинской помощи.

4.5 Результаты медико-экономического контроля, оформленные заключением, предусмотренным пунктом 4.4. настоящего Порядка, направляются ТФОМС в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в течение пяти рабочих дней со дня получения счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи.

4.6 МО в сроки, определенные договорами со СМО и ТФОМС на оказание и оплату медицинской помощи, на основании сводных реестров формируют счета на оплату медицинской помощи в бумажной форме, за подписью главного врача и главного бухгалтера, заверенные печатью МО, и направляют их в СМО и ТФОМС для оплаты (Приложение Г). Суммы по счетам на оплату медицинской помощи, предъявляемых МО к оплате в СМО и ТФОМС, должны строго соответствовать суммам на оплату медицинской помощи, указанным в сводных реестрах. В случае расхождений счета возвращаются в МО на доработку. Суммы, удерживаемые СМО (ТФОМС) по результатам проведенных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи должны строго соответствовать суммам, указанным в реестрах актов МЭК, МЭЭ, ЭКМП, направленных в МО.

4.7 После расчета сумм к оплате в соответствии с Тарифным соглашением производится передача сводных реестров оказанной медицинской помощи от ТФОМС (Приложения Б2, Б3, Б5, Б6, Б7, 515Н, ДН) в СМО. Передача оформляется актами приема-передачи (Приложение Д пункт 1). Одновременно с этим ТФОМС передает в СМО результаты МЭК.

4.8 Передача реестров с МЭК от ТФОМС в СМО, а также реестров с МЭК, МЭЭ, ЭКМП от СМО в ТФОМС осуществляются в формате, указанном в Приложении Ж, и оформляются актами приема-передачи в соответствии с Приложением Д пункт 2.

4.9 СМО ежемесячно до первого числа периода, следующего за отчетным, предоставляют в ТФОМС сводный реестр со сведениями о проведенной медицинской экспертизе случаев оказанной медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам (Приложение Ж).

5. Ведение НСИ в сфере ОМС

5.1 При информационном взаимодействии участников ОМС на территории Мурманской области используются единые справочники и кодификаторы.

5.2 ТФОМС поддерживает НСИ в актуальном состоянии, обеспечивает уникальность, непротиворечивость и согласованность данных. Справочники, используемые в ОМС Мурманской области, строятся на основе и в соответствии со справочниками ФОМС. При изменении структуры и (или) значений справочников ФОМС, ТФОМС приводит в соответствие с ними региональную НСИ.

5.3 Для добавления новых значений в справочники и кодификаторы и изменения существующих СМО и МО могут направлять заявки в ТФОМС. В течение 5-ти рабочих дней с момента поступления заявки ТФОМС вносит изменения или отказывает направляющей стороне с обоснованием причин.

5.4 Справочники размещаются на официальном сайте ТФОМС и доступны для скачивания в форматах XML, XLS, DBF.

6. Медико-экономический контроль

6.1 На основании представленных МО реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи ТФОМС в соответствии с Порядком проводит МЭК отдельно по медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС и медицинской помощи в рамках сверх базовой программы ОМС:

- по всем страховым случаям в рамках программ обязательного медицинского страхования в целях установления отсутствия превышения

медицинской организацией объемов финансового обеспечения медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия), установленных договором в рамках базовой программы, по направлениям, установленным Порядком контроля.

6.2. Заключение по результатам МЭК направляются в медицинскую организацию и СМО в соответствии со страховой принадлежностью застрахованного лица в сроки и в порядке, предусмотренные действующим Порядком контроля.

6.3. Результаты МЭК, оформленные заключением, являются основанием для:

- применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора по обязательному медицинскому страхованию, договора в рамках базовой программы и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), установленных разделом I приложения к Порядку контроля;

- проведения ТФОМС, СМО медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи;

- проведения ТФОМС повторных медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи;

- проведения СМО медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи по заданию ТФОМС.

6.3.1. ТФОМС и СМО ведут учет заключений медико-экономического контроля.

6.3.2. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного ТФОМС МЭК, МО вправе доработать и предъявить на оплату отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее семи рабочих дней со дня получения заключения от ТФОМС.

6.4. Случаи оказания медицинской помощи, отклоненные от оплаты по результатам МЭК по кодам 1.6, 1.8, 1.9 Перечня, повторному предъявлению к оплате не подлежат.

6.5. В случае обращения МО об исключении из оплаты случаев оказания медицинской помощи ТФОМС проводит повторный МЭК в следующем порядке:

- МО направляет обращение в ТФОМС о снятии с оплаты случаев, оплаченных в предыдущих отчетных периодах текущего года, но признанных МО подлежащими исключению из оплаты. Снятию подлежат только случаи, по которым не была проведена медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи.

- отдел организации защиты прав застрахованных ТФОМС в течение двух дней после поступления обращения от МО проводит повторный медико-экономический контроль в соответствии с Порядком контроля.

- ТФОМС направляет в СМО сведения о результатах проведённого МЭК для уменьшения суммы оплаты.

7. Особенности МЭК по превышению утвержденных объёмов и стоимости

7.1. Ежемесячно, в случае предъявления МО к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх объёмов финансового обеспечения, распределённых решением Комиссии, ТФОМС производит контроль превышения с отклонением от оплаты счетов, реестров счетов, в сумме превышения утвержденного объема финансового обеспечения.

7.2. Оценка стоимости предъявленных МО к оплате случаев оказания медицинской помощи проводится до проведения взаиморасчетов отдельно по источникам финансирования и по направлениям оказания медицинской помощи:

7.2.1 в рамках оказания стационарной помощи всего, в том числе отдельно по:

- ВМП,
- оплачиваемой по клинико-статистическим группам с учетом стоимости диализа,
- оплачиваемой по клинико-профильным группам,
- профилям медицинской помощи, по которым установлены отдельные нормативы в ТПОМС;

7.2.2 в рамках оказания помощи в условиях дневного стационара всего, в том числе отдельно по:

- оплачиваемой по клинико-статистическим группам,
- оплачиваемой по клинико-профильным группам,
- профилям медицинской помощи, по которым установлены отдельные нормативы в ТПОМС,
- ВМП;

7.2.3 в рамках оказания амбулаторно-поликлинической помощи всего, в том числе отдельно по:

- стоматологической медицинской помощи,
- медицинской помощи по профилю «Акушерство-гинекология»,
- медицинской помощи, по которой установлены отдельные нормативы в ТПОМС,

- медицинской помощи, оплачиваемой сверх подушевого норматива финансирования в соответствии с принятым порядком оплаты согласно Тарифному соглашению в системе ОМС;

7.2.4 в рамках оказания скорой медицинской помощи;

7.2.5 в рамках оказания медицинской помощи по профилю «реабилитация» всего, в том числе отдельно по:

- оказываемой в амбулаторных условиях,
- оказываемой в условиях дневного стационара,
- оказываемой в стационарных условиях.

7.3. Отклонение превышения производится по стоимости медицинской помощи последовательно, начиная со случаев с более поздней датой окончания оказания медицинской помощи до достижения стоимости предъявленных случаев объема финансового обеспечения медицинской помощи, распределенному Комиссией.

7.4. При превышении объема финансового обеспечения медицинской помощи, распределенного медицинской организации решением Комиссии, медицинская организация обязана обратиться в Комиссию с предложением о выделении дополнительных объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи.

7.5. 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 ТФОМС.