Приложение 1

к Тарифному соглашению по реализации

Московской областной программы ОМС

от 28.01.2015

в редакции от 27.02.2015

**Положение о порядке оплаты медицинской помощи,**

**оказываемой по Московской областной программе обязательного медицинского страхования**

Положение о порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по Московской областной программе обязательного медицинского страхования (далее – Положение о порядке оплаты) определяет порядок взаимодействия между *участниками*[[1]](#footnote-1) обязательного медицинского страхования по организации оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам, в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС).

Взаимодействие между участниками обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с договорами в сфере обязательного медицинского страхования.

**1. Планирование объемов медицинской помощи.**

Медицинская помощь предоставляется бесплатно застрахованным лицам Московской области в объеме и на условиях Московской областной программы ОМС, утвержденной постановлением Правительства Московской области от 26.12.2014 №1162/52 в составе Московской областной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи.

Планирование объемов медицинской помощи по Программе ОМС осуществляется в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации, ежегодно подготавливаемыми для формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Годовые согласованные объемы медицинской помощи формируются в разрезе условий и профилей, и устанавливаются Планами-заданиями для каждой медицинской организации.

Распределение годовых согласованных объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями утверждается Комиссией.

Текущую и подготовительную работу Комиссии по распределению и корректировке годовых согласованных объемов медицинской помощи между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями осуществляет постоянно действующая рабочая группа по проведению согласования и корректировки объемов медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС с учетом предложений, поступивших от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, территориального фонда[[2]](#footnote-2).

Состав рабочей группы и положение о ее деятельности утверждаются приказом МЗ МО и ТФОМС МО.

Комиссия рассматривает предложения Медицинских организаций по объемам медицинской помощи на предстоящий год, в соответствии с представленными Заявками на согласование медицинской помощи (далее – Заявка), по форме, согласно *Приложению №1* к настоящему Положению о порядке оплаты.

Заявка формируется Медицинской организацией в электронном формате Excel или с использованием АИС, применяемой в системе ОМС Московской области, и направляется в ТФОМС МО в электронном виде и на бумажном носителе. Срок предоставления Заявки устанавливается ТФОМС МО.

Заявленные объемы медицинской помощи анализируются на соответствие показателям объемов предоставления медицинской помощи и нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным Программой ОМС.

Объемы предоставления медицинской помощи для каждой Медицинской организации утверждаются Комиссией с учетом представленных Заявок, анализа исполнения объемов медицинской помощи за предыдущий год, а также с учетом нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат, установленных Программой ОМС.

Решение о распределении объемов предоставления медицинской помощи в разрезе Медицинских организаций и страховых медицинских организаций отражается в Протоколе Комиссии.

Информация по распределенным объемам предоставления медицинской помощи и объемам финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями доводится ТФОМС МО до участников ОМС в установленном порядке.

Утвержденные объемы предоставления медицинской помощи для каждой Медицинской организации отражаются в **Плане-задании** по форме, согласно *Приложению №2* к настоящему Положению о порядке оплаты.

Утвержденные объемы предоставления медицинской помощи для каждой Страховой медицинской организации отражаются в приложении №2к договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация в течение года направляет в Комиссию предложения по внесению изменений в План-задание в срок до 15 числа месяца, предшествующего отчетному периоду, начиная с которого, данные изменения должны быть учтены при формировании Медицинскими организациями отчетных документов за оказанную медицинскую помощь.

До 22 числа последнего месяца текущего квартала Медицинская организация направляет предложения по изменению объемов медицинской помощи этого квартала без изменения структуры Плана-задания (т.е. без изменения перечня условий оказания медицинской помощи и профилей).

Предложения по изменению объемов Плана-задания направляются Медицинской организацией в ТФОМС МО сопроводительным письмом за подписью руководителя Медицинской организации, и согласовываются начальником Управления координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций Министерства здравоохранения Московской области по форме согласно *Приложению №3* к настоящему Положению о порядке оплаты.

План-задание Медицинской организации отражает:

- условия предоставления медицинской помощи (амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно, вне медицинской организации);

- профили, по которым запланирована медицинская помощь в соответствии с действующими лицензиями на медицинскую помощь[[3]](#footnote-3);

- плановые показатели медицинской помощи – годовые объемы (койко-день, пациенто-день, законченные случаи, посещение, обращение, число вызовов).

В целях оценки исполнения плановых объемов медицинской помощи, Медицинские организации осуществляют ежемесячный мониторинг их выполнения, и определяют квартальную и месячную долю Плана-задания.

Результаты мониторинга учитываются при формировании Заявки на изменение объемов Плана-задания Медицинской организации (*приложение №3 к Положению о порядке оплаты*).

Квартальная (месячная) доля плана-задания имеет структуру Плана-задания, и формируется с учетом соответствующих действующих лицензий на медицинскую помощь.

В соответствии с утвержденным планом-заданием и на основании статистических данных за предыдущий период (год, три, пять лет и т.д.), ТФОМС МО в разрезе медицинских организаций формирует квартальное распределениеПлана-задания в разрезе условий оказания медицинской помощи для подготовки ***квартального протокола стоимости*** *(Приложение №4 к Положению о порядке оплаты)*.

При внесении изменений в План-задание, квартальное распределение Плана-задания, учитывает данные изменения.

Медицинская организация формирует квартальное распределение Плана-задания и его текущие изменения в разрезе профилей медицинской помощи, и передает в электронном виде в СМО для обеспечения контроля выполнения плановых объемов нарастающим итогом на конец года.

Плановая стоимость медицинской помощи (в тыс. рублей, с округлением до целого числа) определяется квартальным протоколом стоимости в соответствии с квартальной долей Плана-задания Медицинской организации.

План-задание медицинской организации и квартальное распределение плана-задания служат основой для формирования приложения №1 к Договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Договор ООМП).

Формирование Приложения №1 к договору ООМП осуществляется медицинской организацией и страховыми медицинскими организациями, обеспечивая эквивалентность годового и квартального объема и соответствующих плановых стоимостей всех медицинских организаций и всех страховых медицинских организаций, реализующих Программу ОМС. Контроль эквивалентности годового (квартального) объема и плановой стоимости осуществляется рабочей группой Комиссии.

***Квартальный протокол стоимости*** содержит плановую стоимость медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой Медицинской организацией:

* в условиях круглосуточного стационара, в том числе по высокотехнологичной медицинской помощи;
* в амбулаторных условиях;
* в условиях дневных стационаров всех типов (суммарно);
* вне медицинской организации (скорая медицинская помощь).

Кроме того, в квартальном протоколе стоимости отражаются объемы, предусмотренные дополнительно к базовой Программе ОМС.

Медицинские организации по согласованию[[4]](#footnote-4) с ТФОМС МО (филиалом) в рамках квартальной доли Плана-задания формируют текущий месячный план (далее – ТМП), который оформляется **Протоколом ТМП** по форме, установленной *Приложением №5* к настоящему Положению о порядке оплаты.

Протокол ТМП формируется всеми Медицинскими организациями и фиксирует плановую стоимость медицинской помощи.

Положительная разница между плановой и фактической стоимостью медицинской помощи нарастающим итогом может использоваться при корректировке плановой стоимости Протокола ТМП для последующих периодов без изменения Плана-задания и Протокола стоимости.

Корректировка плановых показателей Протокола ТМП отчетного месяца допускается однократно до начала формирования Реестра счетов за отчетный месяц при условии отрицательной разницы между плановой и фактической стоимостью отчетного месяца и наличия положительного сальдо (нарастающим итогом) за периоды, предшествующие отчетному месяцу. В этом случае Протокол ТМП отчетного месяца имеет признак «К» – корректированный.

2. Порядок формирования, представления и оплаты счетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, в объеме Московской областной программы обязательного медицинского страхования.

Каждый страховой случай оказания медицинской помощи в соответствии с применяемым способом оплаты по окончании лечения включается Медицинской организацией в Реестр счетов по плательщику (СМО, ТФОМС МО), на основании которого формируется счет на оплату медицинской помощи.

***Счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам*** – финансовый документ, предоставляемый Медицинской организацией в СМО и ТФОМС МО на оплату за оказанную медицинскую помощь по Программе ОМС.

Счет на оплату медицинской помощи, оказанной Медицинской организацией Московской области застрахованным лицам Московской области (далее – Счет), предоставляется Медицинской организацией в СМО по форме, согласно *Приложению №6* к настоящему Положению о порядке оплаты.

Счет на оплату медицинской помощи, оказанной в Медицинских организациях лицам, застрахованным за пределами территории Московской области (далее – Счет-«иногородние»), предоставляется Медицинской организацией в ТФОМС МО (филиал) по форме, согласно *Приложению №7* к настоящему Положению о порядке оплаты.

Счета предоставляются на бумажном носителе в одном экземпляре вместе с Реестром счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (в электронном виде), в сроки, установленные договором на ООМП.

Счет заверяется подписью руководителя и главного бухгалтера Медицинской организации и печатью Медицинской организации.

***Реестр счетов*** – сводный отчет, содержащий сведения о застрахованных лицах (пациентах) и оказанной им медицинской помощи во всех структурных подразделениях Медицинской организации.

Реестр счетов формируется Медицинской организацией ежемесячно, и предоставляется в СМО и ТФОМС МО вместе с соответствующим Счетом.

Реестры счетов предоставляются в виде электронных документов при гарантированной их достоверности (подлинности), защите от несанкционированного доступа и искажений. Юридическая сила представленных документов подтверждается электронной подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Состав и порядок предоставления электронных документов, входящих в Реестр счетов, устанавливается согласно Закону[[5]](#footnote-5), Порядку ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования[[6]](#footnote-6), Правилам ОМС, Техническим условиям и организационно-технологическим регламентам информационного взаимодействия автоматизированных информационных систем участников ОМС в Московской области (далее – ТУ ИВ и ОТР ИВ), и иным регламентирующим нормативным правовым актам.

Форма Реестра счетов в виде документа на бумажном носителе установлена Методическими указаниями по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования[[7]](#footnote-7).

К Реестрам счетов обязательным приложением является Сводная справка, содержащая агрегированную информацию о структуре, тарифах и стоимости оказанной медицинской помощи и сформированная из соответствующего Реестра счетов (далее – Сводная справка).

Сводные справки формируются по формам, установленным *приложениями №№8-9* к настоящему Положению о порядке оплаты, и предоставляются в электронном виде и на бумажном носителе в одном экземпляре за подписью руководителя и главного бухгалтера Медицинской организации с расшифровкой подписей, указанием даты подписания и печатью Медицинской организации.

Сводные справки к Реестрам счетов в электронном виде включаются в отчетный Свод по плательщику согласно ОТР ИВ.

При применении Медицинской организацией «подушевого» способа оплаты формируется Отчет по списанию средств («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) по форме, согласно *Приложению №10* к настоящему Положению о порядке оплаты и Отчет по списанию средств («подушевое» финансирование скорой медицинской помощи) по форме согласно *Приложению №11* к настоящему Положению о порядке оплаты.

***Отчет об использовании средств обязательного медицинского страхования* -** финансовый документ, предоставляется СМО в ТФОМС МО по форме, согласно *Приложению №12* к настоящему Положению о порядке оплаты, в сроки, установленные Договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее – Договор ФО).

Отчет заверяется подписью руководителя, главного бухгалтера и печатью СМО и предоставляется на бумажном носителе в двух экземплярах:

- один экземпляр остается в Управлении бухгалтерского учета и сводной отчетности ТФОМС МО;

- второй экземпляр с отметкой о принятии к учету возвращается в СМО.

Вместе с Отчетом СМО предоставляет в ТФОМС МО «Реестр актов экспертного контроля объемов и качества медицинской помощи» в электронном виде в соответствии с установленным порядком информационного взаимодействия.

Медицинская организация ежемесячно формирует Реестр, содержащий сведения об оказанной медицинской помощи не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования лицам (далее - Реестр по не идентифицированным в системе ОМС лицам), и направляет его в электронном виде в ТФОМС МО. Реестр по не идентифицированным в системе ОМС лицам предоставляется Медицинскими организациями в соответствии с организационно-технологическим регламентом информационного взаимодействия.

К Реестру обязательным приложением является Сводная справка, содержащая агрегированную информацию о структуре, тарифах и стоимости оказанной медицинской помощи, сформированная из Реестра по не идентифицированным в системе ОМС лицам.

Сводная справка формируется по форме согласно приложению №22 к настоящему Положению о порядке оплаты.

**3. Порядок направления средств ТФОМС МО в СМО и осуществление расчетов за медицинскую помощь с медицинскими организациями.**

ТФОМС МО осуществляет финансирование страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитываемым в соответствии с установленным Порядком расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Расчет объемов финансирования страховых медицинских организаций на основании дифференцированных подушевых нормативов осуществляется ТФОМС МО **ежемесячно** в соответствии с Порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным Правилами ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Программе ОМС, осуществляется в рамках заключенного Договора ООМП между страховой медицинской организацией и Медицинской организацией.

На получение авансирования медицинской помощи, Медицинская организация направляет в СМО Заявку на авансирование медицинской помощи по форме согласно *Приложению №13* к настоящему Положению о порядке оплаты.

При применении «подушевого» способа оплаты амбулаторной медицинской помощи формируется Заявка на финансирование согласно *Приложению №14* к настоящему Положению о порядке оплаты.

Срок предоставления и размер аванса устанавливаются Договором ООМП.

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь исключительно в амбулаторных условиях, и имеющая прикрепленное население, формирует Заявку на финансирование медицинские организации («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) (*Приложение №14 к Положению о порядке оплаты*) и Заявку на авансирование медицинской организации (*Приложение №13 к Положению о порядке оплаты; заполняется только по строке 01 заявки*).

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь исключительно в амбулаторных условиях, и не имеющая прикрепленное население, формирует только Заявку на авансирование медицинские организации (*Приложение №13 к Положению о порядке оплаты; заполняется только по строке 01 Заявки*).

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, дневных стационарах, в условиях круглосуточного стационара, вне медицинской организации (скорой медицинской помощи) формируют Заявку на авансирование медицинской помощи (*Приложение №13 к Положению о порядке оплаты*) и Заявку на финансирование медицинской организации («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) (*Приложение №14 к Положению о порядке оплаты*).

Медицинская организация, не оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, формирует Заявку на авансирование медицинской помощи (*Приложение №13 к Положению о порядке оплаты*).

Заявка на авансирование медицинской помощи и размер аванса по Заявке на финансирование медицинской организации («подушевое» финансирование медицинской помощи) может иметь значение ноль.

При подаче Заявки на финансирование медицинской помощи («подушевое» финансирование) амбулаторной помощи (приложение №14 к Положению о порядке оплаты) в страховые медицинские организации, медицинская организация предоставляет списки застрахованных лиц, прикрепленных к Медицинской организации в электронном виде и передавая их по акту приема-передачи.

Расчет заявок медицинскими организациями осуществляется от плановой стоимости Программы ОМС, установленной приложением №1 к Договору ООМП по каждой СМО.

Для расчета заявок медицинскими организациями, вновь вступившими в систему ОМС, допускается использовать сложившуюся среднеобластную структуру страхового поля:

|  |  |
| --- | --- |
| ООО «СМК РЕСО-Мед» | 18,0% |
| ЗАО «МАКС-М» | 22,9% |
| ООО «Медстрах» | 0,4% |
| ОАО «СМК «Милосердие и благополучие» | 1,2% |
| ОАО «МСК «УралСиб» | 16,8% |
| ЗАО ВТБ медицинское страхование | 1,7% |
| ОАО «РОСНО-МС» | 30,8% |
| ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» | 8,1% |
| ООО «Росгосстрах» | 0,1% |
|  | 100,0% |

Если медицинская организация расположена на территории муниципального образования Московской области, то при формировании заявки необходимо использовать структуру страхового поля, сложившуюся на территории данного муниципального образования.

В случае вступления в систему ОМС новой страховой медицинской организации, а также при наличии у страховой медицинской организации маленького страхового поля, Медицинская организация может не формировать в адрес данной страховой медицинской организации заявку на «подушевое» финансирование. В таком случае, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам данной страховой медицинской организации осуществляется «объемным» способом по согласованному тарифу. Допустимый «порог» для Медицинской организации, имеющей прикрепленное население, когда заявка на «подушевое» финансирование не формируется – менее пяти процентов от общего числа прикрепленного населения к данной Медицинской организации.

В случае возникновения кредиторской задолженности у медицинской организации, сформировавшейся после окончательного расчета за отчетный месяц, медицинская организация должна вернуть данную кредиторскую задолженность в СМО в течение трех рабочих дней.

Для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Программе ОМС, Медицинская организация ежемесячно предоставляет страховой медицинской организации в сроки, установленные Договором ООМП, Счет на бумажном носителе в одном экземпляре, Реестр счетов (в электронном виде), Сводные справки, Отчеты по списанию на бумажном носителе в одном экземпляре.

Медицинская организация ежемесячно предоставляет в ТФОМС МО (филиалы) в сроки, установленные Договором ООМП (за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования)[[8]](#footnote-8), Счет-«иногородние» на бумажном носителе в одном экземпляре, Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Московской области[[9]](#footnote-9) (в электронном виде), Сводные справки на бумажном носителе в одном экземпляре.

В соответствии с Договором ФО, заключенным между СМО и ТФОМС МО, СМО предоставляет Заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее – Заявка на авансирование) и Заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь для проведения окончательного расчета с Медицинскими организациями (далее – Заявка на получение целевых средств).

В заявку на получение средств на оплату счетов включается объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, определенный ТФОМС МО с учетом дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования (далее – дифференцированные подушевые нормативы), за исключением средств, направленных в страховую медицинскую организацию в отчетном месяце в порядке авансирования[[10]](#footnote-10).

На получение целевых средств на авансирование и оплату медицинской помощи, предусмотренной дополнительно к базовой Программе ОМС, СМО формирует заявки отдельно по установленным формам и предоставляет их в ТФОМС МО в соответствии со сроками, предусмотренными Договором ФО.

Заявки предоставляются СМО в ТФОМС МО по установленным формам в соответствии со сроками согласно Договору ФО.

ТФОМС МО направляет средства на финансовое обеспечение ОМС в СМО в сроки установленные Договором ФО.

Страховые медицинские организации, заключившие Договоры на ООМП с Медицинскими организациями, проводят контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам Московской области.

Расчет объема финансирования за оказанную медицинскую помощь по Программе ОМС осуществляется для всех Медицинских организаций по единой формуле, применяемой для каждой записи Реестра счетов:

**ОМП = ОБ \* Т \* КС***,* **(1)**

*где*

**ОМП** – объем финансовых средств за оказанную медицинскую помощь (страховые случаи оказания медицинской помощи) по Программе ОМС, полученный Медицинской организацией, в рублях, целое число;

**ОБ** – объем (количество, целое число) фактически оказанных медицинских услуг: посещений, обращений, Законченных (Прерванных) случаев лечения, вызовов;

**Т** – тариф согласно Приложению к ТС (в рублях, с округлением до целого числа);

**КС –** коэффициент соответствия плановым (согласованным) объемам.

В рамках настоящего Положения о порядке оплаты определена схема финансирования Медицинских организаций СМО в режиме аванс-окончательный расчет.

***Аванс - окончательный расчет*** ***–*** режим, предусматривающий авансирование Медицинских организаций и оплату предъявленных Счетов и Реестров счетов на оплату медицинской помощи в размере и в сроки, установленные Договором ООМП и нормативными документами ТФОМС МО.

Сумма Заявки на «подушевое» финансирование (амбулаторной помощи) Медицинской организации определяется по формуле:

**СЗ = Чi \* ПНФi) \* Кэф \* КДПФ, (2)**

*где*

СЗ – сумма Заявки на следующий месяц, в рублях, с округлением до целого числа;

Чi – численность застрахованных лиц, прикрепленных к Медицинской организации Московской области, попадающая в iтый половозрастной интервал (человек);

ПНФi  – дифференцированный подушевой норматив для каждой половозрастной группы (рублей);

Кэф – коэффициент эффективности Медицинской организации[[11]](#footnote-11);

КДПФ – индивидуальный коэффициент доведения до финансового плана месяца медицинской организации, рассчитывается Медицинской организацией; проверку расчета КДПФ осуществляет филиал ТФОМС МО и СМО (округляется до 8 знаков после запятой).

В случае получения «прикрепленным» лицом, застрахованным на территории Московской области, медицинской помощи в медицинской организации на территории другого субъекта Российской Федерации в отчетный период (месяц), то данное застрахованное лицо исключается из общего списка численности «прикрепленного» к Медицинской организации населения в последующий период и Заявка на «подушевое» финансирование формируется с учетом скорректированной численности «прикрепленного» населения Медицинской организации.

Сумма Заявки на «подушевое» финансирование (скорой медицинской помощи) Медицинской организации определяется по формуле:

**СЗсмп = Ч \* ПНФ \* КП, (3)**

*где*

СЗсмп – сумма Заявки на следующий месяц, в рублях, с округлением до целого числа;

Ч – численность застрахованных лиц, прикрепленных к Медицинской организации Московской области (человек);

ПНФ – подушевой норматив финансирования (рублей);

КП – индивидуальный коэффициент, учитывающий особенности структуры и затрат конкретного подразделения скорой медицинской помощи. Индивидуальный коэффициент для всех медицинских организаций равняется единице.

При «подушевых» способах оплаты применяется коэффициент списания полученных средств (КСП),который определяется отношением суммы Заявки, предоставленной Медицинской организацией в СМО на отчетный месяц, к сумме, рассчитанной исходя из объема оказанной медицинской помощи (с «подушевым» способом оплаты по Медицинской организации) за тот же отчетный месяц и соответствующим тарифам.

Медицинская организация на основе данных учета оказанной медицинской помощи ежемесячно формирует Счета на оплату, Реестры счетов на оплату медицинской помощи, Сводные справки для «объемного» способа оплаты, Отчеты по списанию средств для «подушевого» способа оплаты.

Юридическая сила документов в электронной форме подтверждается электронной подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования устанавливаются решением Комиссии, и являются приложением к ТС.

При формировании Реестра счетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в Московской области, применяется согласованный тариф **(ТС)**, который считается по формуле:

**ТС = Т \* КС, (4)**

*где*

**ТС** – согласованный тариф, используемыйпри оплате медицинской помощи, определяется в рублях с округлением до целого числа.

Для Прерванных случаев лечения по СМП и схеме применяются тарифы, рассчитанные на основе Тпс.

При формировании Реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в Медицинских организациях лицам, застрахованным за пределами Московской области, коэффициент КС не применяется. В целях отличия согласованного тарифа, применяемого при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным Московской области и оказанной медицинской помощи «иногородним», ТС имеет признак «МТР» – ТСмтр.

В данном случае согласованный тариф (**ТС)** считается по формуле:

**ТСмтр = Т****(5)**

При формировании Реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в Московской области, во всех Медицинских организациях системы ОМС Московской области по всем видам и условиям оказания медицинской помощи с использованием «объемного» способа оплаты, применяется ***коэффициент соответствия*** плановым (согласованным) объемам (**КС**).

Услуги гемодиализа (по всем условиям оказания медицинской помощи, предусмотренным ТС), тромболизиса (скорая медицинская помощь), экстракорпорального оплодотворения (по всем условиям оказания медицинской помощи, предусмотренным ТС), компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии оплачивается без применения **КС** (**КС=1**).

Расчет **КС** осуществляется путем соотнесения плановой (СП) и фактической (СФ) стоимости объема медицинской помощи в целом по Медицинской организации.

*Плановая стоимость* месячного объема медицинской помощи застрахованным в Московской области (СП) определяется показателем, указанным в ТМП Медицинской организации (СТМП), уменьшенным на фактическую стоимость медицинской помощи, оказанной застрахованным за пределами Московской области (СФ МТР):

СП = СТМП – СФ МТР **(6)**

*Фактическая стоимость медицинской помощи* (СФ) рассчитывается в рублях на основе данных по оказанным медицинским услугам согласно Реестрам счетов за отчетный период по всем СМО.

Фактическая стоимость медицинской помощи (СФ) определяется по формуле:

СФ=****(**ОБ\*Т**) **(7)**

Округление полученного значения СФ по условиям оказания медицинской помощи осуществляется до целого числа после суммирования произведений.

Для Прерванного случая лечения применяется тариф **Тпс**.

Расчет КС осуществляется с использованием технической возможности программного продукта, и реализуется в следующей последовательности: плановые объемы стоимости медицинской помощи первого и второго месяцев квартала принимают значение, равное фактической стоимости медицинской помощи соответствующего месяца (СП = СФ).

При расчете КС последнего месяца квартала учитывается, что плановый объем стоимости медицинской помощи последнего месяца квартала считается следующим образом:

СП 3мес кв = СП кв – С Ф 1мес кв – С Ф 2мес кв, **(8)**

*где*

СП 3мес кв – плановый объем стоимости медицинской помощитретьего месяца квартала (руб.);

СП кв – плановый квартальный объем стоимости медицинской помощи(руб.);

СФ 1мес кв – фактический объем стоимости медицинской помощипервого месяца квартала (руб.);

СФ 2мес кв – фактический объем стоимости медицинской помощивторого месяца квартала (руб.).

Коэффициент соответствия (КС)последнего (третьего) месяца квартала рассчитывается по следующей формуле:

**КС**= СП 3мес кв / СФ 3мес кв. **(9)**

Фактические квартальныеобъемы по «межтерриториальной» медицинской помощи вычитаютсяиз «остатка» квартального протокола стоимости при расчете КС последнего (третьего) месяца квартала.

Значение КС первые два месяца квартала равняется единице, последний месяц квартала может быть равен единице, либо иметь значение меньше единицы.

Если КС принимает значение меньше единицы, то оно округляется **до 8 знаков после запятой**.

Медицинская организация осуществляет расчет **КС** последнего (третьего) месяца квартала. Проверку расчета КС для Медицинских организаций, находящихся на территориях муниципальных образований, осуществляет филиал ТФОМС МО, для областных, федеральных, ведомственных, частных медицинских организаций − уполномоченный сотрудник Управления экономических расчетов.

Значение **КС** применяется при формировании Реестров счетов за медицинскую помощь для «объемного» способа оплаты к тарифу **Т** для всех форм отчетности в бумажном и электронном виде.

Расчет значения КС приводится в таблице к Сводной справке к реестру счетов (*Приложение №8 к настоящему положению о порядке оплаты*).

Значения по итоговой строке Сводной справки к реестру счетов и значения, полученные путем произведения значения итоговой строки таблицы расчета коэффициента соответствия плановым объемам медицинской помощи (КС) последнего (третьего) месяца квартала и значения КС, в результате ошибок округления могут иметь различные значения. Для целей формирования различных форм отчетных документов и справок используются значения Сводной справки к реестру счетов.

Порядок проверки и применения КС осуществляется следующим образом:

Медицинская организация:

- формирует или корректирует ТМП, и представляет в филиал ТФОМС МО на бумажном носителе в одном экземпляре;

- формирует реестры счетов, сводные справки и отчеты по списанию средств с учетом действующих протоколов ТМП в соответствии с ТУ ИВ и ОТР-ИВ 7.Х (X – номер текущей версии регламента) направляет в ТФОМС МО, начиная с первого дня месяца, следующего за отчетным;

- ТФОМС МО в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования[[12]](#footnote-12), ТУ ИВ и ОТР-ИВ 7.Х производит автоматическую обработку данных реестров счетов с целью форматно-логического контроля, сверки и идентификации персональных данных застрахованных лиц по единому регистру застрахованных. При отсутствии ошибок целостности данных и ошибок идентификации застрахованных лиц реестры счетов, подписанные электронной подписью медицинской организации и заверенные электронной подписью ТФОМС МО, направляются в автоматическом режиме в адрес МО и СМО;

- при выявлении ТФОМС МО ошибок целостности представленных данных информационного обмена или ошибок идентификации застрахованных лиц, исправление которых влечет за собой изменение сводных справок и значений КС,МО исправляет ошибки, осуществляет повторное формирование и направляет в ТФОМС МО реестры счетов;

- при отсутствии ошибок целостности данных и ошибок идентификации застрахованных лиц в Реестрах счетов, заверенных электронной подписью ТФОМС МО, направляет по электронной почте в филиал ТФОМС МО сводные справки и отчеты по списанию средств в файлах документов Microsoft Office (Word, Excel) или PDF по всем СМО для проверки расчета **КС**и формирования в установленном порядке необходимых документов;

- при выявлении ошибки филиалом ТФОМС МО в расчете **КС**, исправляет ошибки, приведшие к неверному расчету КС,направляет в СМО и филиал ТФОМС МО новый Протокол ТМП в случае его изменения, осуществляет повторное формирование сводных справок и направление их в филиал ТФОМС МО для повторной проверки **КС**,после получения уведомления от ТФОМС МО о положительном результате проверки **КС**, направляет в ТФОМС МО измененные реестры счетов на повторную автоматическую обработку в режиме санкционированной ТФОМС МО пересдачи счетов (описано в ОТР-ИВ-7.Х);

- при положительном результате проверки **КС** после получения уведомления от ТФОМС МО, не позднее следующего рабочего дня после проведения проверки, представляет сводные справки на бумажном носителе в одном экземпляре в филиал ТФОМС МО для визирования, которые в последующем могут быть представлены СМО в установленном порядке.

Филиал ТФОМС МО (для Медицинских организаций, находящихся на территориях муниципальных образований):

- осуществляет проверку правильности применения ТМП и расчета **КС**,  в течение одного рабочего дня после получения от Медицинской организации сводных справок;

- уведомляет Медицинскую организацию о результатах проверки **КС**,не позднее одного рабочего дня после получения данных и дает рекомендации по корректировке ТМП;

- при положительном результате проверки **КС**,визирует сводные справки (директором или уполномоченным сотрудником филиала);

- при отрицательном результате проверки **КС** уведомляет Медицинскую организацию о необходимости пересдачи счетов и визирует запрос Медицинской организации на пересдачу, оформленный на бумажном носителе в адрес ТФОМС МО;

- осуществляет на основе данных об объемах оказанной медицинской помощи, полученных от Медицинских организаций, подготовку необходимых в установленном порядке документов.

ТФОМС МО (Управление экономических расчетов) (для областных, федеральных, ведомственных и частных медицинских организаций):

- проверяет ТМП и расчет **КС**по сводным справкам Медицинских организаций в течение одного рабочего дня после получения данных из Медицинских организаций;

- уведомляет Медицинскую организацию о результатах проверки **КС** не позднее одного рабочего дня после получения данных и дает рекомендации по корректировке ТМП;

- при положительном результате проверки **КС**,визирует сводные справки (уполномоченным сотрудником Управления экономических расчетов).

Медицинские организации представляют Реестры счетов в соответствии с организационно-технологическим регламентом информационного взаимодействия (ОТР-ИВ-7.Х) в ТФОМС МО.

ТФОМС МО согласно регламенту осуществляет автоматизированную обработку полученных от Медицинских организаций Реестров счетов с целью:

* + предварительного форматно-логического контроля данных персонифицированного учета медицинской помощи;
  + идентификации застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определения страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета;
  + выявления по единому регистру застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определения их территории страхования.

Реестры счетов после автоматизированной обработки в ТФОМС МО предоставляются Медицинским организациям для выставления их в страховые медицинские организации.

Результаты автоматизированной обработки Реестров счетов в ТФОМС МО удостоверяются электронной подписью ТФОМС МО.

Медицинские организации, применяющие «подушевой» способ оплаты, ежемесячно:

- представляют в СМО Отчет по списанию средств за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам;

- при оказании медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Московской области, применяют «объемный» способ оплаты, формируют Счета-«иногородние» и Реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Московской области, и представляют их в ТФОМС МО (филиалы);

- при оказании медицинской помощи застрахованным лицам, оплата которой осуществляется по «подушевыму» способу, медицинские организации также могут применять «объемный» способ оплаты и предоставлять Счета и Реестры счетов в СМО.

При отсутствии оказанной медицинской помощи, подлежащей оплате «подушевым» способом, в Медицинской организации с «подушевым» способом оплаты (*нет посещений*) Отчет по списанию средств не формируется, а средства финансирования по Заявке возвращаются Медицинской организацией в СМО.

При «подушевых» способах оплаты применяется ***коэффициент списания полученных средств*** (далее – Ксп),который определяется отношением суммы Заявки к сумме, рассчитанной исходя из фактического объема оказанной медицинской помощи (с «подушевым» способом оплаты в Медицинской организации) за отчетный месяц и соответствующим тарифом **Т** (в рублях).

Расчет Ксп осуществляется Медицинской организацией. Рассчитанное значение Ксп **с округлением до 8 знаков после запятой** применяется при формировании Отчета по списанию средств. Проверку расчета Ксп осуществляют ТФОМС МО (филиалы) и СМО.

СМО оплачивает медицинскую помощь, оказанную в Медицинской организации по Счетам и Реестрам счетов (с учетом суммы авансирования), за вычетом суммы финансовых санкций по результатам проведенных экспертиз в соответствии с Договором ООМП.

Оплата расходов за лечение застрахованных лиц непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с установленным порядком[[13]](#footnote-13).

Отнесение Медицинских организаций федерального, ведомственного подчинения и частных форм собственности к уровню оказания медицинской помощи осуществляется решением Комиссии, и отражается в приложении к ТС.

**5. Учет оказанной медицинской помощи.**

Количество пролеченных больных (пациентов) по профилю медицинской помощи в условиях стационара (круглосуточного или дневного любого типа) учитывается как число Законченных (Прерванных) случаев в рамках одной госпитализации и номера истории болезни по схеме или СМП.

Учет проведенных оперативных вмешательств в соответствии со схемой ведения пациента (стандартом медицинской помощи) осуществляется медицинскими организациями отдельно с применением программного комплекса ТАСУ ОМС.

Для учета случаев лечения в условиях стационара (круглосуточного или дневного любого типа) используется «Статистическая карта выбывшего из стационара» (форма №066/у-02),[[14]](#footnote-14) в которой при применении учета по схеме или СМП указывается код схемы или СМП, соответствующий коду основного заболевания, виду медицинской помощи, возрасту пациента и выбранной клинической технологии диагностики и лечения*.*

При применении учета по схеме и/или СМП в условиях стационара (круглосуточного или дневного любого типа), оплате по тарифу Законченного (Прерванного) случая подлежат все случаи с соответствующими кодами схемы или СМП по основному клиническому диагнозу (основной диагноз по МКБ-10) в рамках одной госпитализации.

Для диагнозов, отсутствующих в схеме или СМП, Медицинской организацией применяются коды законченного (прерванного) случая лечения профильного отделения, тарифы на которые установлены соответствующим Приложением ТС.

Фактическая длительность госпитализации в профильном отделении круглосуточного стационара определяется как целое число календарных дней, фактически проведенных пациентом в профильном отделении (за вычетом дней лечения в ОРИТ (БИТ)), и находящихся в интервале между датой выписки и датой поступления в данное отделение, при этом день поступления и день выписки (перевода) учитываются как один день.

В случае госпитализации, начавшейся и закончившейся в один и тот же день (*в том числе в случае перевода в другое профильное отделение или другую Медицинскую организацию*) фактическая длительность определяется равной единице.

Для дневных стационаров всех типов фактическая длительность госпитализации определяется по числу пациенто-дней − дней, в которые осуществлялись лечебные и диагностические мероприятия врачебным и средним медицинским персоналом при наличии записи в первичной медицинской документации.

Медицинская помощь, оказанная по схеме и СМП, учитывается следующим образом:

- в случае перевода пациента из одного профильного отделения круглосуточного стационара Медицинской организации в другое профильное отделение круглосуточного стационара той же Медицинской организации с диагнозами, входящими в одну и ту же схему или СМП, медицинская помощь учитывается и оплачивается как один Законченный (Прерванный) случай в том отделении, из которого пациент выбыл;

- при расчете фактической длительности госпитализации «датой поступления» считается дата поступления в первое по счету движения отделение, а «датой выписки» - дата окончания госпитализации в последнем по счету движения отделении по диагнозам, входящим в одну и ту же схему или СМП;

- в случае перевода пациента из одного профильного отделения круглосуточного стационара Медицинской организации в другое профильное отделение круглосуточного стационара той же Медицинской организации с разными диагнозами (не входящими в одну схему или СМП) медицинская помощь учитывается, и оплачивается как разные Законченные (Прерванные) случаи.

При этом *фактическая длительность* каждого случая учитывается по форме, установленной приложением №2 к приказу Минздрава России от 30.12.2002 №413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

При оказании медицинской помощи в рамках одной госпитализации (истории болезни) по основному диагнозу в профильном стационарном отделении Медицинской организации (с условным наименованием – «Отделение 1») возможно возникновение клинических ситуаций, требующих оказания медицинской помощи по другому диагнозу с переводом в другое, соответствующее ему, профильное стационарное отделение (с условным наименованием – «Отделение 2»). В случае необходимости продолжения лечения по основному диагнозу осуществляется перевод в «Отделение 1».

В рамках данной госпитализации оплата по схеме или СМП осуществляется:

- по схеме или СМП основного заболевания, при этом *фактическая длительность* случая определяется без учета койко-дней, проведенных пациентом в «Отделении 2»;

- по схеме или СМП, соответствующему диагнозу «Отделения 2», с учетом длительности лечения пациента в данном отделении.

Медицинская помощь, оказываемая пациенту в ОРИТ или БИТ (БРИТ), учитывается по профилю «Анестезиология и реанимация» по врачебной специальности «Анестезиология и реаниматология» по тарифам схем, установленным соответствующим Приложением к ТС.

В случае смерти пациента в период лечения в ОРИТ или перевода пациента из ОРИТ для продолжения лечения в другую Медицинскую организацию (когда медицинская помощь оказывается исключительно в ОРИТ без лечения пациента по схеме в профильном отделении данной Медицинской организации), осуществляется оплата по тарифам схем ОРИТ, включенным в соответствующее Приложение к ТС. При иных исходах и результатах госпитализации оплата лечения в ОРИТ без указания лечения по схеме в профильном отделении не осуществляется.

При оказании медицинской помощи пациенту в ОРИТ (БИТ/ БРИТ)) в период его лечения по схеме в профильном отделении оплата случая по схемеосуществляется *без учета дней лечения*, проведенных пациентом в ОРИТ (БИТ/ БРИТ). При полном совпадении периода лечения (дат поступления и выбытия) в профильном отделении и в ОРИТ (БИТ/ БРИТ) *фактическая длительность* лечения в профильном отделении по схеме считается равной одному дню ДФ=1.

При наличии в схеме ведения пациента медицинских услуг в соответствии с установленной номенклатурой медицинских услуг, обозначающий перечень медицинских специальностей «анестезиология и реаниматология» (код 003), используемой при учете оказанной медицинской помощи, схемы ОРИТ (БИТ/БРИТ) в данном случае не включаются в реестр счетов.

Оплата медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в соответствии с Порядком взаимодействия между медицинскими организациями при оказании экстренной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в Московской области (Приказ Министерства здравоохранения Московской области от 27.12.2013 №1634) осуществляется по тарифам, установленным на схемы этапов оказания медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №918н.

Оплата медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в соответствии с Порядком взаимодействия между медицинскими организациями при оказании медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в Московской области (Приказ Министерства здравоохранения Московской области от 07.07.2014 №889) осуществляется по тарифам, установленным на схемы этапов оказания медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №928н.

Доставка больных в сосудистый центр или другую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение эндоваскулярных методов диагностики и лечения, отделение анестезиологии-реанимации и оказывающую специализированную медицинскую помощь больным с неотложными и экстренными формами, осуществляется бригадой скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи.

Учет и оплата медицинской помощи, оказываемой Медицинской организацией в амбулаторных условиях осуществляется по посещениям, обращениям, за медицинскую услугу, за законченный случай лечения, по подушевому нормативу финансирования.

Для учета медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в системе ОМС, в Медицинских организациях, ведущих амбулаторный прием, используются формы учетной и отчетной документации №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» (далее – Карта) и №025-12/у «Талон амбулаторного пациента» (далее – Талон)[[15]](#footnote-15).

Карты и талоны заполняются и ведутся всеми Медицинскими организациями, осуществляющими амбулаторный прием, при каждом обращении пациента.

Посещение при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом (фельдшер, акушерка), ведущими самостоятельный прием, в том числе в условиях ФАП[[16]](#footnote-16), медицинских кабинетах, здравпунктах, по любому поводу с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного пациента (учетная форма 025/у-04), истории развития ребенка (учетная форма 112/у), медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (ф. 026/у-2000), которые заполняются в соответствии с инструкциями, утвержденными приказами Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 №255 и от 13.11.2003 №545, и содержат жалобы, анамнез, назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза, и другие записи на основании наблюдения за пациентом.

Врачебное посещение – это прием (осмотр, консультация) пациента врачом, с последующей записью в карте амбулаторного больного. Все услуги, относящиеся к врачебному посещению, фиксируются в первичной медицинской документации (жалобы, анамнез, назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза, и другие записи на основании наблюдения за пациентом, рекомендации по лечению заболевания и его профилактике, данные исследований – лабораторные, функциональные, рентгенологические, эндоскопические и т.д.).

Отсутствие в первичной медицинской документации записи врачебного посещения (осмотр, консультация), а также записи приема фельдшера, акушерки при возложении на них отдельных функций лечащего врача в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 №252н, является основанием для отказа в оплате врачебного посещения.

Обращение пациента по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности).

Обращение пациента по поводу заболевания может состоять из одного врачебного посещения, например, обращение пациента из числа декретированного контингента за выпиской льготного рецептурного бланка на лекарственные препараты. В данном случае учет оказанной медицинской помощи осуществляется по посещению профильного врача-специалиста.

Обращение пациента по поводу заболевания включает в себя посещение пациента по поводу заболевания и диагностического обследования, консультации, а также проведение диспансерного наблюдения. Результат обращения в талоне отмечается при последнем посещении больного по поводу заболевания у специалиста, начавшего и закончившего лечение.

Оплате подлежат обращения по поводу заболеваний:

- лечебно-диагностические;

- диспансерные по поводу наблюдения диспансерного контингента по нозологическим группам;

- обращения с целью оформления на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК), получения санаторно-курортной справки.

Порядок персонифицированного учета обращений по поводу заболеваний осуществляется в соответствии с *приложением №15 к настоящему Положению о порядке оплаты*.

Оплате подлежат следующие посещения с профилактической целью:

- осмотры при поступлении на учебу, в дошкольные учреждения, направление детей в учреждения детского отдыха, осмотры населения в соответствии с нормативно-распорядительными документами МЗ РФ, МЗ МО;

- профилактическая работа с детьми от 0-17 лет включительно;

- школы здоровья;

- центры (кабинеты) здоровья;

- консультативные посещения.

Мероприятия о проведенной работе фиксируются в соответствующей первичной медицинской документации. Как врачебные посещения не подлежат учету обследования в кабинетах функциональной диагностики, рентгенологии, лабораториях и т.д. (для параклинических служб).

Посещение в течение дня больным по поводу одного и того же заболевания (профилактического осмотра) одного и того же врача (специалиста одного профиля), учитывается как одно посещение.

Учет диспансеризации определенных групп населения осуществляется:

первый этап – по законченному случаю;

второй этап – по посещению.

Результаты осмотров врачами и проведенных исследований во время диспансеризации первого и второго этапов вносятся в учетную форму №131/у-МК «Маршрутная карта диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)» (далее – Маршрутная карта).

Маршрутная карта подшивается в медицинскую карту амбулаторного больного (форма №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 №255).

Медицинская услуга «сеанс гемодиализ/гемодиафильтрация» оказывается в условиях центров (отделений) гемодиализа при условии наличия направлений на проведение лечения гемодиализом или перитонеальным диализом.

Направление пациентов в центры (отделения) гемодиализа для проведения заместительной почечной терапии осуществляется на основании решения специалистов-нефрологов Московского областного центра трансплантологии и диализа, главного нефролога Министерства здравоохранения Московской области.

В случае возникновения ургентной ситуации решение о направлении пациента на лечение диализом принимается после консультации врачом – специалистом Московского областного центра трансплантологии и диализа, главным нефрологом Министерства здравоохранения Московской области.

Медицинская услуга «сеанс гемодиализ/гемодиафильтрация» может оказываться при нахождении больного:

- на стационарном лечении непосредственно в специализированных отделениях (по основному заболеванию, не связанному с ХПН на данный момент); учет медицинской помощи осуществляется по форме №066/у-02, и оплачивается дополнительно к основной схеме (СМП);

- на лечении ~~в амбулаторных условиях и~~ условиях дневных стационаров всех типов; при этом график работы дневного стационара, в котором пациент получает лечение по основному заболеванию на данный момент, не может совпадать с графиком работы дневного стационара в котором пациент получает услугу «сеанс гемодиализ/гемодиафильтрация»; в случае совпадения графиков работы дневных стационаров, пациенто-дни совпадающие с получением услуги «сеанс гемодиализ/гемодиафильтрация» для дневного стационара, в котором пациент получает лечение по основному заболеванию, учету не подлежат.

Для оплаты медицинской услуги «сеанс гемодиализ/гемодиафильтрация» необходимо заполнение следующей документации:

- учетная форма №003/у[[17]](#footnote-17) «Медицинская карта стационарного больного»;

- информированное согласие пациента на лечение гемодиализом (однократно при поступлении на лечение в центр/отделение диализа);

- технологическая карта процедуры (протокол гемодиализа или гемодиафильтрации);

- карта динамического наблюдения;

- этапный эпикриз, лабораторные данные (ежемесячно);

- рекомендуемые лекарственные препараты (ежеквартально).

По окончании случая лечения гемодиализа в конце календарного месяца оформляется «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», с указанием количества услуг гемодиализа в отчетном периоде.

*Проведение «сеанса гемодиализа/гемодиафильтрации» в дневном стационаре при больничном учреждении.*

В случае проведения «сеанса гемодиализа/гемодиафильтрации» пациенту, находящемуся на стационарном лечении, процедура фиксируется в «Медицинской карте стационарного больного» и при выписке пациента, отмечается в Статистической карте выбывшего из стационара круглосуточного пребывания.

Больные, направленные из дневного стационара в круглосуточный стационар для проведения гемодиализа, и наоборот, считаются выписанными и поступившими соответственно, на них заполняются две статистические карты выбывшего, то же касается поступления и выписки в пределах одной медицинской организации.

Для больных с диагнозом ХПН, находящихся на программном и перитонеальным диализе, правила контроля, объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи при повторных госпитализациях (обращениях) не применяются.

В качестве исхода законченного случая оказания медицинской помощи больным с диагнозом ХПН в «Реестре медицинских услуг» может быть указано значение, предусмотренное «Справочником исходов заболевания» (см.раздел 6.23 ОТР-ИВ-1.Х «Предоставление единой нормативно-справочной информации») с соблюдением условий оказания медицинской помощи. При этом должны выполняться требования форматно-логического контроля файла «Реестр медицинских услуг», указанные в п. 7.3.3 ОТР-ИВ-7.Х «Передача – приемка сводного отчета об оказанной медицинской помощи для ФЛК, сверки и идентификации по ЕРЗ и оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на других территориях РФ.

Учет медицинской помощи, оказываемой вне Медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется как вызов бригады скорой медицинской помощи.

В рамках реализации Программы ОМС оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежат вызовы врачебной общепрофильной бригады, врачебной специализированной бригады (педиатрической, акушерско-гинекологической, психиатрической, анестезиологическо-реанимационной, педиатрической анестезиологическо-реанимационной), фельдшерской общепрофильной бригады, акушерской бригады, экстренной консультативной бригады.

За счет средств ОМС оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и др.) не осуществляется.

Неотложная медицинская помощь, оказываемая в отделении (кабинете) поликлиники, приемном покое стационара (без госпитализации), кабинете неотложной травматологии и ортопедии (травмпункте), а также обращения на станции скорой медицинской помощи учитывается по посещению.

Учет неотложной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется в соответствии с положением об организации первичной медико-санитарной помощи, утвержденном в установленном порядке.

Для учета неотложной медицинской помощи, используется форма учетной и отчетной документации №025-12/у «Талон амбулаторного пациента».

Оплата случаев оказания неотложной медицинской помощи производится при условии создания в структуре медицинских организаций службы неотложной медицинской помощи.

Медицинскую помощь в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи могут оказывать медицинские работники отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи либо медицинские работники других подразделений медицинской организации в соответствии с графиком дежурств, утвержденным ее руководителем.

Неотложная медицинская помощь лицам, обратившимся в медицинскую организацию с признаками неотложных состояний, оказывается безотлагательно.

Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании неотложной помощи на дому.

После окончания оказания больному неотложной медицинской помощи и устранения или уменьшения проявлений неотложного состояния, больной направляется к врачу, либо участковому врачу передаются сведения о больном для осуществления посещения больного с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение) в течение суток[[18]](#footnote-18).

Порядок работы службы неотложной помощи на территории Московской области:

1. Вызовы со скорой медицинской помощи диспетчер передает в поликлинику. Медицинский регистратор поликлиники заносит вызовы в специальный журнал, оформляет талоны формы №025-у «Талон вызова врача на дом» и незамедлительно передает их врачу службы неотложной помощи.
2. После оказания неотложной медицинской помощи врач заполняет вкладыш амбулаторной карты, и передает его по окончании работы в регистратуру. Медицинский регистратор вклеивает вкладыш в амбулаторную карту пациента в тот же день.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (далее – Программа Госгарантий), утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 №1273, за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов раздела 1 приложения к Программе Госгарантий.

Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленными Программой Госгарантий.

Величина норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи корректируется с учетом величины коэффициента дифференциации, применяемого в субъекте Российской Федерации, по формуле, указанной в приложении 10 к разъяснениям Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2014 №11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

Высокотехнологичная медицинская помощь, является частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 №796н.

Порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 №930н.

Тарифы законченного случая лечения по видам высокотехнологичной медицинской помощи установлены приложением 2а к Тарифному соглашению.

**6. Учет и оплата медицинской помощи по Сверхбазовой программе ОМС.**

В соответствии с Московской областной программой обязательного медицинского страхования дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования осуществляются первичная медико-санитарная, специализированная и скорая медицинская помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ за счет межбюджетного трансферта, передаваемого в бюджет ТФОМС МО.

Кроме этого, за счет межбюджетного трансферта, передаваемого бюджету ТФОМС МО, осуществляется обеспечение деятельности патологоанатомических отделений, отделений (кабинетов) статистики, административно-хозяйственного аппарата медицинских организаций Московской области в части расходов, не финансируемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Планирование объемов медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, порядок осуществления расчетов за оказанную медицинскую помощь и учет оказанной медицинской помощи, предусмотренной в рамках Сверхбазовой программы ОМС, осуществляется в соответствии с общими правилами, установленными как и для медицинской помощи, оказываемой Медицинскими организациями по базовой Программе ОМС.

Объемы медицинской помощи и финансового обеспечения объемов медицинской помощи, предусмотренных Сверхбазовой программой ОМС, учитываются отдельно от объемов медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи, предусмотренных базовой Программой ОМС.

При учете медицинской помощи, оказываемой при психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, пациентам с соматической патологией в качестве основного диагноза выставляется профильный. Для учета оказанной медицинской помощи, соматическая патология выносится как сопутствующий диагноз обязательно. При туберкулезе, сочетанном с ВИЧ-инфекцией, в качестве основного диагноза выставляется туберкулез. ВИЧ-инфекция выносится как сопутствующий диагноз обязательно.

Для учета медицинской помощи, оказанной по Сверхбазовой программе, застрахованным в системе ОМС лицам, в медицинских организациях, ведущих прием пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, связанными с употреблением психоактивных веществ, используются и заполняются формы отчетной и учетной документации в соответствии с приказом МЗРФ от 31.12.2002 №420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений» и заполняются в соответствии с инструкцией.

При наличии у пациента медицинских показаний для дальнейшего пребывания в круглосуточном стационаре психиатрического (фтизиатрического) профиля, свыше среднепрофильных значений длительности лечения, подтвержденных (обоснование необходимости продолжения лечения в условиях круглосуточного стационара) данными первичной медицинской документации, возможно неоднократное использование 2 этапа законченного случая по профилю психиатрия и 3 этапа – по профилю фтизиатрия.

Правила учета последовательности этапов исполнения КПГ при социально-значимых заболеваниях:

1. Начало 1го этапа начинается с момента поступления больного в стационар. Если больной не был выписан из стационара в течение этого календарного месяца, то 1й этап завершается в последний день месяца, в который состоялось его поступление в медицинскую организацию, независимо от проведенных в этом месяце койко-дней или «медицинских событий».
2. Если больной был выписан из стационара в течение месяца, когда он поступил, то лечение заканчивается 1м этапом и подается на оплату с кодом 1го этапа и исходом «выписан». В противном случае 1й этап подается на оплату с исходом «переведен в другой стационар».
3. 2ой этап начинается в день завершения 1го этапа, то есть в последний день календарного месяца, в течение которого больной поступил в стационар. Если в течение этого месяца (2го этапа) больной был выписан, то лечение заканчивается 2м этапом и подается на оплату с кодом 2го этапа и исходом «выписан». В противном случае 2й этап подается на оплату с исходом «переведен в другой стационар» и датой завершения 2го этапа является последнее число месяца.
4. Датой начала каждого этапа, за исключением первого, является дата окончания предшествующего этапа. Датой завершения каждого этапа, за исключением последнего, является последний день календарного месяца.
5. Если КПГ предусматривает лечение в 3 этапа, то 2й этап может повторяться неоднократно. По решению врача больной может быть выписан на 2ом этапе даже, если 2ой этап повторен несколько раз. 3ий этап может быть только одним, завершающим лечение. Вопрос, с какого этапа выписывается больной со 2го или 3го (при наличии хотя бы одного завершенного второго) решается лечащим врачом.
6. Если КПГ предусматривает лечение в 4 этапа, то 2й этап может иметь место только один раз. 3ий этап может повторяться неоднократно. По решению врача больной может быть выписан на 3ем этапе даже, если 3ий этап повторен несколько раз. 4ый этап может быть только одним, завершающим лечение. Вопрос, с какого этапа выписывается больной со 3го или 4го (при наличии хотя бы одного завершенного третьего) решается врачом.

При подаче на оплату в реестре счетов указывается исход «выписан» для последнего этапа (независимо от его номера) или исход «переведен в другой стационар» для промежуточного этапа.

Оплата медицинской помощи, оказываемой по Сверхбазовой программе ОМС, осуществляется по объемному способу в соответствии с договорами[[19]](#footnote-19), заключаемыми между участниками системы обязательного медицинского страхования:

- Договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования при реализации мероприятий дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования в рамках Московской областной программы ОМС (далее – Договор ФО СБП), заключаемого между ТФОМС МО и СМО;

- Договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию при реализации мероприятий дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования в рамках Московской областной программы ОМС (далее – Договор ООМП СБП), заключаемого между Медицинской организацией и СМО;

- Договора на финансовое обеспечение отдельных мероприятий дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования в рамках Московской областной программы ОМС (далее – Договор ФО СБПТФОМС-МО), заключаемого между ТФОМС МО и медицинской организацией;

- Договора на финансовое обеспечение деятельности службы скорой медицинской помощи при реализации отдельных мероприятий дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования в рамках Московской областной программе ОМС (далее – Договор ФО СБПСМП), заключаемого между ТФОМС МО и медицинской организацией.

Финансирование по Сверхбазовой программе ОМС на обеспечение деятельности паталогоанатомических отделений, отделений (кабинетов) статистики, содержание административно-хозяйственного аппарата медицинских организаций Московской области, установленные для медицинских организаций, а также финансовое обеспечение на деятельности службы скорой медицинской помощи при реализации отдельных мероприятий дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования в рамках Московской областной программе ОМС, (руб./месяц) осуществляется ТФОМС МО.

Объемы финансового обеспечения, предусмотренные бюджетом ТФОМС МО за счет межбюджетного трансферта на содержание административно-хозяйственного аппарата, расходы патологоанатомического отделения, отделений (кабинеты) статистики, устанавливаются решением Комиссии и доводятся до сведения участников ОМС в установленном порядке.

Медицинская организация в соответствии с Договором на ООМП СБП направляет в СМО Заявку на авансирование медицинской помощи по форме в соответствии с *Приложением №16 к настоящему Положению о порядке оплаты*.

По окончании отчетного периода, Медицинская организация в соответствии со сроками предусмотренными Договором ООМП СБП формирует, и выставляет к оплате счета и реестры счетов на оплату за оказанную медицинскую помощь.

Счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Сверхбазовой программе ОМС, предоставляется Медицинской организацией по форме согласно *Приложению №17 к настоящему Положению о порядке оплаты*.

Счет на оплату предоставляется вместе с реестром счетов. К Реестру счетов обязательным приложением является Сводная справка, которая формируется по форме согласно *Приложению №18 к настоящему Положению о порядке оплаты*.

Счет на оплату медицинской помощи, оказанной Медицинской организацией лицам, застрахованным за пределами территории Московской области, и соответствующий реестр счетов предоставляется в ТФОМС МО по форме согласно *приложению №19 к настоящему Положению о порядке оплаты*. Сводная справка формируется по форме согласно *приложению №20 к настоящему Положению о порядке оплаты*.

Учет медицинской помощи, оказанной не идентифицированным в системе ОМС лицам, осуществляется с применением программного продукта ТАСУ ОМС.

Отчет об использовании средств обязательного медицинского страхования в части Сверхбазовой Программы ОМС предоставляется СМО в ТФОМС МО в порядке, изложенном по предоставлению Отчета в разделе 2, и по форме, согласно *Приложению №21 к настоящему Положению о порядке оплаты*, в сроки, установленные Договором ФО.

В целях финансового обеспечения Медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при социально-значимых заболеваниях, в пределах установленного плана месяца (1/12 годового финансового плана, установленного Комиссией), при формировании Сводной справки к Реестру счетов (*Приложение №18 к настоящему Положению о порядке оплаты*) осуществляется расчет коэффициента доведения до финансового плана КФП.

Расчет КФП осуществляется Медицинской организацией самостоятельно, либо с применением программного комплекса ТАСУ ОМС (либо иным техническим продуктом).

Расчет объема финансирования за оказанную медицинскую помощь при социально-значимых заболеваниях осуществляется по единой формуле, применяемой для каждой записи Реестра счетов:

**ОМП = ОБ \* Т (Тпс)***,* **(10)**

*где*

**ОМП** – объем финансовых средств за оказанную медицинскую помощь (страховые случаи оказания медицинской помощи), установленную дополнительно к базовой Программе ОМС, полученный Медицинской организацией, в рублях, целое число;

**ОБ** – объем (количество, целое число) фактически оказанных медицинских услуг: посещений, обращений, Законченных (Прерванных) случаев лечения;

**Т** – тариф согласно Приложению к ТС (в рублях, с округлением до целого числа);

**Тпс** – тариф Прерванного случая (в рублях, с округлением до целого числа).

Расчет коэффициента доведения до финансового плана осуществляется по формуле:

**КФП = ФПм / ОМП**, **(11)**

*где*

**КФП**– коэффициент доведения до финансового плана месяца (округляется до 8 знаков после запятой), рассчитывается Медицинской организацией, либо с использованием программного продукта). Проверку расчета осуществляет филиал ТФОМС МО и СМО;

**ФПм –** финансовый план месяца, рассчитанный Медицинской организацией исходя из установленного Комиссией объема финансового обеспечения на социально-значимые виды медицинской помощи (как 1/12 от годового финансового плана);

**ОМП** – объем финансовых средств за оказанную медицинскую помощь (страховые случаи оказания медицинской помощи, без учета межтерриториальной помощи), установленную дополнительно к базовой Программе ОМС, полученный Медицинской организацией, в рублях, целое число.

Значение **КФП**может иметь значение как больше единицы, так и меньше единицы.

Медицинские организации, реализующие Программу ОМС и которым Комиссией распределены объемы медицинской помощи по базовой программе ОМС и Сверхбазовой программе ОМС, в соответствии со сроками и размером аванса, установленными договорами обязательного медицинского страхования, направляют заявки на авансирование в страховые медицинские организации:

1. Заявка на авансирование медицинской помощи (*приложение №13 к Положению о порядке оплаты*);
2. Заявка на финансирование Медицинских организаций («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) (*приложение №14 к Положению о порядке оплаты*);
3. Заявка на авансирование медицинской помощи (*приложение №16 к Положению о порядке оплаты*).

Медицинская организация, реализующая базовую Программу ОМС, имеющая прикрепленное население, и Сверхбазовую Программу ОМС, направляет в страховые медицинские организации три заявки: заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №13 к Положению о порядке оплаты*); заявку на финансирование Медицинских организаций («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) (*приложение №14 к Положению о порядке оплаты*); заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №16 к Положению о порядке оплаты*).

Медицинские организации, не имеющие прикрепленное население, направляют в адрес СМО две заявки: заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №13 к Положению о порядке оплаты*) и заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №16 к Положению о порядке оплаты*).

Медицинские организации, реализующие только базовую Программу ОМС, имеющие прикрепленное население, формируют в адрес СМО две заявки: заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №13 к Положению о порядке оплаты*) и заявку на финансирование Медицинских организаций («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) (*приложение №14 к Положению о порядке оплаты*). Медицинские организации, реализующие только базовую Программу ОМС, не имеющие прикрепленного населения, формируют в адрес СМО только заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №13 к Положению о порядке оплаты*).

Медицинские организации, реализующие только Сверхбазовую Программу ОМС, формируют в страховые медицинские организации только одну заявку: заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №16 к Положению о порядке оплаты*).

Приложение №1

к Положению о порядке оплаты

ЗАЯВКА[[20]](#footnote-20)

на согласование объемов медицинской помощи от медицинской организации, выполняющей муниципальный (государственный) заказ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации - юридического лица)

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ на 20\_\_\_ год

Медицинская помощь в стационарных условиях:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи (коды МКБ-10; код СВП; код вида ВМП) | Число больных | | Число случаев госпитализации | | Объемы [(койко-дни](file:///C:\Users\Александра%20Баженова\Downloads\актуализированная%20версия_283_Порядок%20оплаты_2013_с%20учетом%20изменений_43_131_207.doc#Par331)) | | Ср. длит. | Число коек |
| дети | взрослые | дети | взрослые | дети | взрослые |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *в том числе:* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Высокотехнологичная медицинская помощь |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Итого** |  |  |  |  |  |  | **Х** |  |

Медицинская помощь в амбулаторных условиях:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи | Объемы посещений с профилактической целью | | Объемы посещений в неотложной форме | | Объемы обращений по поводу заболеваний | |
| дети | взрослые | дети | взрослые | дети | взрослые |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Итого** |  |  |  |  |  |  |

Численность прикрепленного населения в разрезе половозрастной структуры (чел.) на 01.\_\_\_\_201\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Возраст | Мужчины | Женщины |
| 1 | 0-4 года |  |  |
| 2 | 5-17 лет |  |  |
| 3 | 18-59 лет |  |  |
| 4 | 18-54 лет |  |  |
| 5 | 60 и более лет |  |  |
| 6 | 55 и более лет |  |  |

Медицинская помощь в условиях дневных стационаров:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи | Объемы (случаи госпитализации) | | Объемы [(пациенто-дни](file:///C:\Users\Александра%20Баженова\Downloads\актуализированная%20версия_283_Порядок%20оплаты_2013_с%20учетом%20изменений_43_131_207.doc#Par331)) | |
| дети | взрослые | дети | взрослые |
| *- дневные стационары при стационаре (ДСС):* |  |  |  |  |
| *- дневные стационары при поликлинике (ДСП):* |  |  |  |  |
| *- дневные стационары на дому:* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *в том числе:* |  |  |  |  |
| Высокотехнологичная медицинская помощь |  |  |  |  |
| **Итого** |  |  |  |  |

Скорая медицинская помощь:

|  |  |
| --- | --- |
| Профиль бригады | Объемы [(вызовы)](file:///C:\Users\Александра%20Баженова\Downloads\актуализированная%20версия_283_Порядок%20оплаты_2013_с%20учетом%20изменений_43_131_207.doc#Par331) |
|  |  |
| Итого |  |

Численность прикрепленного населения (чел.) на 01.\_\_\_\_201\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование услуг | Единица измерения | Объемы |
| Гемодиализ | услуг |  |
| Тромболизис (скорая медицинская помощь) | услуг |  |
| Компьютерная томография | услуг |  |
| Магнитно-резонансная томография | услуг |  |
| Позитронно-эмиссионная томография | услуг |  |
| Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) | пациентов |  |
| Диспансеризация взрослого населения | человек |  |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись) (телефон)*

МП «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Приложение №2

к Положению о порядке оплаты

Утверждено

Комиссией по разработке

Московской областной программы ОМС

ПЛАН-ЗАДАНИЕ

медицинской организации, выполняющей муниципальный (государственный) заказ

(наименование медицинской организации – юридического лица)

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ на 20\_\_\_ год

Медицинская помощь в стационарных условиях:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи | Объемы [(случаи госпитализации)](file:///C:\Users\Александра%20Баженова\Downloads\актуализированная%20версия_283_Порядок%20оплаты_2013_с%20учетом%20изменений_43_131_207.doc#Par331) | | Объемы [(койко-дни)](file:///C:\Users\Александра%20Баженова\Downloads\актуализированная%20версия_283_Порядок%20оплаты_2013_с%20учетом%20изменений_43_131_207.doc#Par331) | |
| дети | взрослые | дети | взрослые |
|  |  |  |  |  |
| **Итого базовая Программа ОМС** |  |  |  |  |
| *в том числе:* |  |  |  |  |
| высокотехнологичная медицинская помощь |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Сверхбазовая Программа ОМС |  |  |  |  |
| **Итого Сверхбазовая Программа ОМС** |  |  |  |  |

Медицинская помощь в амбулаторных условиях:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи | Объемы [(посещения](file:///C:\Users\Александра%20Баженова\Downloads\актуализированная%20версия_283_Порядок%20оплаты_2013_с%20учетом%20изменений_43_131_207.doc#Par331)) | | Объемы (обращения) | |
| дети | взрослые | дети | взрослые |
|  |  |  |  |  |
| **Итого базовая Программа ОМС** |  |  |  |  |
| Сверхбазовая Программа ОМС |  |  |  |  |
| **Итого Сверхбазовая Программа ОМС** |  |  |  |  |

Медицинская помощь в условиях дневных стационаров:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи | Объемы (случаи госпитализации) | | Объемы [(пациенто-дни](file:///C:\Users\Александра%20Баженова\Downloads\актуализированная%20версия_283_Порядок%20оплаты_2013_с%20учетом%20изменений_43_131_207.doc#Par331)) | |
| дети | взрослые |  |  |
| *- дневные стационары при стационаре (ДСС):* |  |  |  |  |
| *- дневные стационары при поликлинике (ДСП):* |  |  |  |  |
| *- дневные стационары на дому:* |  |  |  |  |
| **Итого базовая Программа ОМС** |  |  |  |  |
| *в том числе:* |  |  |  |  |
| высокотехнологичная медицинская помощь |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Сверхбазовая Программа ОМС |  |  |  |  |
| **Итого Сверхбазовая Программа ОМС** |  |  |  |  |

Скорая медицинская помощь:

|  |  |
| --- | --- |
| Профиль бригады | Объемы [(вызовы)](file:///C:\Users\Александра%20Баженова\Downloads\актуализированная%20версия_283_Порядок%20оплаты_2013_с%20учетом%20изменений_43_131_207.doc#Par331) |
|  |  |
| **Итого базовая Программа ОМС** |  |
| Сверхбазовая Программа ОМС |  |
| **Итого Сверхбазовая Программа ОМС** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование услуг | Единица измерения | Объемы |
| Гемодиализ | услуг |  |
| Тромболизис (скорая медицинская помощь) | услуг |  |
| Компьютерная томография | услуг |  |
| Магнитно-резонансная томография | услуг |  |
| Позитронно-эмиссионная томография | услуг |  |
| Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) | пациентов |  |
| Диспансеризация взрослого населения | человек |  |

Ознакомлен:

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

М.П. «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Приложение №3

к Положению о порядке оплаты

ЗАЯВКА[[21]](#footnote-21)

на изменение Плана-задания медицинской организации, выполняющей муниципальный (государственный) заказ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации - юридического лица)

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ на 20\_\_\_ год

*Предоставляется в ТФОМС МО в одном экземпляре*

Условие оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Единица измерения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи | Остаток на дату предоставления Заявки | Годовой план (объемы) | | | В том числе по кварталам (объемы) | | | | | | | | | | | |
| утверждено | отклонение (+/-) | с изменениями | I квартал | | | II квартал | | | III квартал | | | IV квартал | | |
| утверждено | отклонение (+/-) | с изменениями | утверждено | отклонение (+/-) | с изменениями | утверждено | отклонение (+/-) | с изменениями | утверждено | отклонение (+/-) | с изменениями |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Руководитель медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись) (телефон) (ФИО) (подпись)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО: | ОЗНАКОМЛЕН: |
| Начальник Управления координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций МЗМО межтерриториального объединения муниципальных образований №\_\_\_\_ | Директор филиала ТФОМС МО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(ФИО) (подпись)* | *(ФИО) (подпись)* |
| МП «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. | МП «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

Приложение №4

к Положению о порядке оплаты

Протокол стоимости на \_\_\_\_ квартал 20\_\_\_\_ года от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_

к плану-заданию № \_\_\_\_\_\_ медицинской организации №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование муниципального образования |  |
| Наименование Медицинской организации |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Условия предоставления медицинской помощи | Стр. | Стоимость, тыс. руб. |
| Стационарно | 01 |  |
| Амбулаторно \*) | 02 |  |
| Дневные стационары всех типов | 03 |  |
| Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) | 04 |  |
| Гемодиализ | 05 |  |
| Тромболизис (скорая медицинская помощь) | 06 |  |
| ЭКО | 07 |  |
| Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография | 08 |  |
| **ИТОГО** (стр. 01+стр.02+стр.03+стр.04+стр.05+стр.06+стр.07+стр.08)=стр.09 | **09** |  |
| *в том числе высокотехнологичная медицинская помощь* | *09.1* |  |
| **Сверхбазовая программа ОМС** (медицинская помощь при социально-значимых заболеваниях, не идентифицированные в системе ОМС, патологоанатомические отделения, отделения (кабинеты) статистики, содержание административно-хозяйственного аппарата) | **10** |  |
|  |  |  |
| ***\*) Справочно (из стр. 02):*** |  |
|  | тыс. руб. |
| *подушевой* |  |
| *объемный (без учета гемодиализа, ЭКО, КТ, МРТ, ПЭТ)* |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность)* [[22]](#footnote-22)  *(подпись)* *(Фамилия, имя, отчество)*

Приложение №5

к Положению о порядке оплаты

**Протокол текущего месячного плана (ТМП) № \_\_\_\_\_\_\_\_**

*(признак «П» - первичный; «К» - корректированный)*

на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

*(месяц)*

для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование медицинской организации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Условия предоставления медицинской помощи | Стр. | Стоимость, руб. |
| Стационарно | 01 |  |
| *в том числе*  высокотехнологичная медицинская помощь | 01.1 |  |
| Амбулаторно (02.1+02.2) | 02 |  |
| *по объемному способу оплаты* | 02.1 |  |
| *по подушевому способу оплаты* | 02.2 |  |
| Дневные стационары всех типов | 03 |  |
| *в том числе*  высокотехнологичная медицинская помощь | 03.1 |  |
| Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) (04.1+04.2) | 04 |  |
| *по объемному способу оплаты* | 04.1 |  |
| *по подушевому способу оплаты* | 04.2 |  |
| Гемодиализ | 05 |  |
| Тромболизис (скорая медицинская помощь) | 06 |  |
| ЭКО | 07 |  |
| Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография | 08 |  |
| **ИТОГО** (стр.01+стр.02+стр.03+стр.04+стр.05+стр.06+стр.07+08)=стр.09 | **09** |  |
| **Сверхбазовая программа ОМС** | **10** |  |
| - медицинская помощь при социально-значимых заболеваниях | 10.1 |  |
| - обеспечение службы скорой медицинской помощи (не идентифицированные в системе ОМС) | 10.2 |  |
| - патологоанатомические отделения, отделения (кабинеты) статистики, содержание административно-хозяйственного аппарата | 10.3 |  |
| ИТОГО для расчета КС (стр.01+стр.02.1+стр.03+стр.04.1)=стр.11 | **11** |  |

**ИТОГО** (по строке 11)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

*(сумма прописью)*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

СОГЛАСОВАНО:

От филиала ТФОМС МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Приложение №6

к Положению о порядке оплаты

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **Наименование медицинской организации: Код медицинской организации** | | | | | | | |
| **Адрес:** | |  | | |  | | |
| **Получатель**  ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | |  | | |
| Наименование территориального органа Федерального казначейства/ финансового органа (наименование медицинской организации л/сч) | | Р/сч. № | | |  | | |
| Банк получателя |  | БИК | | |  | | |
|  | | Кор./сч. № | | |  | | |
| КБК получателя |  | ОКТМО | | |  | | |
|  | |
|  |  |  | | |  | | |
| **СЧЕТ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| **на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам Московской области**  **за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |
| Плательщик: | | | | | | | |
| Наименование СМО: | | | | | | | |
| ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |  | |
| Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| р/сч \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| в банке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| БИК банка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |
| Наименование услуги | | | | сумма, руб. коп. | | |
| За медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам Московской области в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования | | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | |
| **ИТОГО к оплате:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| (сумма прописью) | | | | | | | |
| Руководитель медицинской организации | | |  | | |  | |
|  | | | (подпись) | | | (Ф.И.О.) | |
| Главный бухгалтер | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | | (подпись) | | | (Ф.И.О.) | |
|  | М.П. | |  | | |  | |
|  | | | | | | | |

Приложение №7

к Положению о порядке оплаты

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | | | |  |  |  |  | Код медицинской организации: | | |  | | **Наименование медицинской организации:** | | | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | | **Адрес:** | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  | |  | | **Получатель** | |  |  | |  | |  | | ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наименование территориального органа Федерального казначейства/ финансового органа (наименование медицинской организации л/сч) | | | р/сч. № | |  | | | | Банк получателя |  |  | БИК | |  | | | |  | | | кор./сч. № | |  | | | | КБК получателя |  |  | ОКТМО | |  | | | |  | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  | |  | | **СЧЕТ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | |  | | Плательщик: ИНН 7702129350 КПП 500101001 | | | | | | | | | Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области | | | | | | | | | Адрес: Россия, Московская область, г. Балашиха, ул. Орджоникидзе, д.4 | | | | | | | | | Телефон: (495) 223-71-28 | | | | | | | | | Реквизиты (Плательщика)[[23]](#footnote-23) | |  |  |  | | |  | |  | | | | | | | | | Наименование услуг | | | | | | Сумма к оплате, руб. коп. | | | За медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года по Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | | | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  |  | |  | | | ***Сумма прописью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | |  | | Руководитель | |  |  |  | | |  | | медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | (подпись) |  |  | (Ф.И.О.) | | |  | |  |  |  |  |  | | |  | | Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | (подпись) |  |  | (Ф.И.О.) | | |  | |  |  |  |  |  | | |  | | М.П. | | | | | | | | |  |  |  |  |  |

Приложение №8

к Положению о порядке оплаты

**Сводная справка к Реестру счетов № \_\_\_\_\_\_\_\_**

за «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_\_г.

*(месяц)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Представлена в |  | |
|  | Наименование СМО | |
| Код и наименование Медицинской организации | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа |  | Категория |  | *(круглосуточный стационар)* |
| Группа |  | Категория |  | *(поликлиника)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(станция скорой медицинской помощи)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинская помощь | | | | | | | | |
| Профиль | Код | Наименование | Ед.изм. | Кол-во | Тариф  **Т** **(Тпс)** (руб.) | Тариф **ТС** (руб.) | Сумма с учетом **КС** (руб.) | Пациенты (чел.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=6 \* КС | 8=5\*7 | 9 |
| Условия оказания по Московской областной программе ОМС: | | | | | | | | |
| *Стационарно* | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Х | Х | *Итого 1* |  |
| *Амбулаторно* | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Х | Х | *Итого 2* |  |
| *Дневные стационары всех типов* | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Х | Х | *Итого 3* |  |
| *Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)* | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Х | Х | *Итого 4* |  |
| **ИТОГО** | | | | | | **Х** |  |  |

**Расчет коэффициента соответствия плановым объемам медицинской помощи (КС) последнего (третьего) месяца квартала**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Условия | Стоимость (руб.) | | | | Значение КС  КС = СП / СФ  **округляется до 8 знаков после запятой** |
| План (ТМП)  Стмп | Факт (МТР)  СФ мтр | План  СП  СП = Стмп – СФ мтр | Факт  СФ |
| 1 | 2 | 3 | 4=2-3 | 5 | 6=4/5 |
| Стационарно |  |  |  |  | Х |
| Амбулаторно |  |  |  |  | Х |
| Дневные стационары всех типов |  |  |  |  | Х |
| Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) | Х | Х | Х | Х | Х |
| **ИТОГО** |  |  |  |  |  |

**Всего к оплате (ИТОГО с учетом КС) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.**

*(сумма прописью)*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Приложение №9

к Положению о порядке оплаты

|  |  |
| --- | --- |
| Представлена в |  |
|  | ТФОМС МО (филиал) |

**Сводная справка к Реестру счетов-«иногородние» № \_\_\_\_\_\_\_\_**

за «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_\_г.

*(месяц)*

|  |  |
| --- | --- |
| Код и наименование Медицинской организации |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа |  | Категория |  | *(круглосуточный стационар)* |
| Группа |  | Категория |  | *(поликлиника)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(станция скорой медицинской помощи)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинская услуга | | | | | | | | |
| Профиль | Код | | Наименова-ние | Ед.изм. | Кол-во | Тариф **Т** **(Тпс)** (руб.) | Сумма (руб.) | Пациенты (чел.) |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=5\*6 | 8 |
| Условия оказания по Московской областной программе ОМС | | | | | | | | |
| *Стационарно* | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  | Х | *Итого 1* |  |
| *Амбулаторно* | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  | Х | *Итого 2* |  |
| *Дневные стационары всех типов* | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  | Х | *Итого 3* |  |
| *Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)* | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  | Х | *Итого 4* |  |
| **ИТОГО** | | | | | | |  |  |

**Всего к оплате (ИТОГО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.**

*(сумма прописью)*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Приложение №10

к Положению о порядке оплаты

**Отчет по списанию средств №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(«подушевое» финансирование амбулаторной помощи)

в СМО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование СМО*

от Медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование медицинской организации*

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** |  |
| **Группа** |  |
| **Категория** |  |

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

*(месяц)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинская услуга | | | | Кол-во | Тариф Т (Тпс) (руб.) | Сумма (руб.) | Число пациентов (чел.) |
| Профиль | Код | Наименование | Ед. изм. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=5\*6 | 8 |
| Условия оказания по Московской областной программе ОМС | | | | | | | |
| *Амбулаторно* | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО** | | | | | |  |  |
| **Всего Сумма к оплате (с учетом Ксп)** | | | | | |  |  |

Ксп  = Сумма Заявки / Сумма (гр. 7) =\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (округляется до 8 знаков после запятой)

Всего к оплате (сумма по строке ИТОГО умножить на коэффициент списания Ксп)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

*(сумма прописью)*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.»

|  |  |
| --- | --- |
| Согласовано: | Согласовано: |
| Руководитель СМО | Директор филиала ТФОМС МО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО) (подпись)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО) (подпись)* |
| МП  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. | МП  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. |

Приложение №11

к Положению о порядке оплаты

**Отчет по списанию средств №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(«подушевое» финансирование скорой медицинской помощи)

в СМО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование СМО*

от Медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование медицинской организации*

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** |  |
| **Группа** |  |
| **Категория** |  |

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

*(месяц)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинская услуга | | | | Кол-во | Тариф Т (Тпс) (руб.) | Сумма (руб.) | Число пациентов (чел.) |
| Профиль | Код | Наименование | Ед. изм. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=5\*6 | 8 |
| Условия оказания по Московской областной программе ОМС | | | | | | | |
| *Вне медицинской организации* | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО** | | | | | |  |  |
| **Всего Сумма к оплате (с учетом Ксп)** | | | | | |  |  |

Ксп  = Сумма Заявки / Сумма (гр. 7) =\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (округляется до 8 знаков после запятой)

Всего к оплате (сумма по строке ИТОГО умножить на коэффициент списания Ксп)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

*(сумма прописью)*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.»

|  |  |
| --- | --- |
| Согласовано: | Согласовано: |
| Руководитель СМО | Директор ТФОМС МО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО) (подпись)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО) (подпись)* |
| МП  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. | МП  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. |

Приложение №12

к Положению о Порядке оплаты

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Наименование СМО:** | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |
| **Адрес:** | | | |  |  | |
| **ОТЧЕТ\* №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **об использовании средств обязательного медицинского страхования**  **за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| № п/п | Наименование | | | | | сумма, руб. коп. |
| **1** | **Предъявлено счетов медицинскими организациями на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам всего, в т.ч.:** | | | | |  |
| 1.1. | - по объемному способу оплаты | | | | |  |
| 1.2. | - по подушевому финансированию | | | | |  |
| **2** | **Сумма средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи всего, в т.ч.:** | | | | |  |
| 2.1 | *по результатам медико-экономического контроля (МЭК);* | | | | |  |
| 2.2 | *70 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных по результатам медико-экономической экспертизы (МЭЭ);* | | | | |  |
| 2.3 | *70% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП);* | | | | |  |
| **3** | **Сформировано собственных средств страховой медицинской организацией, всего в т.ч.:** | | | | |  |
| 3.1 | *Средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, полученные по нормативу* | | | | |  |
| 3.2 | *Средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате экспертизы качества медицинской помощи, в размере 30%* | | | | |  |
| 3.3 | *Средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате медико-экономической экспертизы, в размере 30%* | | | | |  |
| 3.4 | *Средства, образовавшиеся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, в размере 10%* | | | | |  |
| **4** | **Направлено средств на оплату медицинской помощи в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи за счет средств Московской областной программы обязательного медицинского страхования всего, в т.ч:** | | | | |  |
| 4.1. | - по объемному способу оплаты | | | | |  |
| 4.2. | - по подушевому финансированию | | | | |  |
| ***ИТОГО принято к учету:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | | | | | | |
| (сумма прописью) | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Справочно: | | | | | | |
|  | |  | |  | Сумма в руб. коп. | |
|  | | 1. Сумма средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи всего, из них: | | |  | |
|  | | *- сформировано собственных средств страховой медицинской организацией в размере 50%;* | | |  | |
|  | | *- подлежит перечислению в ТФОМС МО в размере 50%..* | | |  | |
|  | | 2. Сумма средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц всего, из них: | | |  | |
|  | | *- сформировано собственных средств страховой медицинской организацией, поступивших сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи* | | |  | |
|  | | *- подлежит перечислению в ТФОМС МО, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.* | | |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
| Руководитель СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | (подпись) | | | (Ф.И.О.) |  | |
| Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | (подпись) | | | (Ф.И.О.) |  | |
|  | М.П. | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | Принято к учету ТФОМС МО  штамп/подпись | | | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
| \* п. 2.20 Договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования | | | | | | |

Приложение №13

к Положению о порядке оплаты

**ЗАЯВКА № \_\_\_\_\_\_\_\_**

на авансирование медицинской помощи

в СМО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование СМО*

от Медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование медицинской организации*

на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

*(месяц)*

Размер аванса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в объеме (стр. 01)\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

*(сумма прописью)*

Расчет авансирования медицинской помощи, оказываемой **вне медицинской** организации (скорая медицинская помощь)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Стр. | Значение |
| 1 | 2 | 3 |
| Численность застрахованных лиц Московской области, чел. | 02 |  |
| Подушевой норматив финансирования, руб./мес. | 03 |  |
| Индивидуальный коэффициент, учитывающий особенности структуры и затрат конкретного подразделения скорой медицинской помощи (Кп=1,0) | 04 |  |
| Сумма заявки (02 \* 03 \* 04), руб. | 05 |  |
| **Сумма заявки на авансирование**, руб. (05 \* размер аванса) | 06 |  |

\*Сумма аванса (стр. 06), рассчитанная для финансирования скорой медицинской помощи, являющейся структурным подразделением Медицинской организации, включается в общий объем суммы заявки на авансирование (стр. 01). В случае, если скорая медицинская помощь является самостоятельным юридическим лицом, то стр. 06 равна стр. 01.

Примечание: Для медицинских организаций, вновь вступивших в систему обязательного медицинского страхования, расчет аванса первого квартала финансового года (либо с периода действия Договора ООМП) осуществляется от планового объема финансового обеспечения медицинской организации, установленного решением Комиссии по разработке Московской областной программы ОМС (1/3 квартального распределения).

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Гл. бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись) (телефон)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

|  |  |
| --- | --- |
| Согласовано: | Согласовано: |
| Руководитель СМО | Директор филиала ТФОМС МО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО) (подпись)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО) (подпись)* |
| МП  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. | МП  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. |

Приложение №14

к Положению о порядке оплаты

**ЗАЯВКА № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

на финансирование Медицинских организаций

(«подушевое» финансирование амбулаторной помощи)

в СМО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование СМО*

от Медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование медицинской организации*

на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

*(месяц)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Численность прикрепленных лиц, человек | | | | | | | | Объем предварительного финансового обеспечения (ПФ) (расчет в соответствии с формулой №5 Тарифного соглашения), руб. | Кэф | КДПФ | Сумма задолженности по списанию средств медицинской организации (Сзд), руб. | Сумма заявки (СЗ) (расчет в соответствии с формулой №2 Положения о порядке оплаты), руб. |
| 0-4 года | | 5-17 лет | | 18-59 лет | 18-54 года | 60+ лет | 55+ лет |
| М | Ж | М | Ж | М | Ж | М | Ж |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  ПФ = ∑(ПНФi\*ЧГi) | 10 | 11 | 12 | 13 = 9\*10\*11-12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Кэф = 1,0000

Кдпф  (рассчитывается Медицинской организацией ежемесячно, 8 знаков после запятой) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИТОГО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

*(сумма прописью)*

Аванс в размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

*(сумма прописью)*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Гл. бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

|  |  |
| --- | --- |
| Согласовано: | Согласовано: |
| Руководитель СМО | Директор филиала ТФОМС МО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО) (подпись)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО) (подпись)* |
| МП  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. | МП  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. |

Приложение №15

к Положению о порядке оплаты

**Порядок**

**персонифицированного учета обращений по поводу заболевания**

1. Для персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в амбулаторно-поликлинических условиях по поводу заболевания, как «обращения» применяется учетная форма №025-12/У «Талон амбулаторного пациента» (далее - Талон), утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 №255.
2. Талон заполняется во всех медицинских организациях, ведущих амбулаторный прием, при каждом посещении пациента во время обращения по поводу заболевания.
3. Врач кабинета медицинской статистики (либо лицо, на которое возложена функция контроля кодирования диагнозов, данных о травме, диспансерном учете) контролирует правильность заполнения Талона, кодирования диагнозов, данных диспансерного учета и т.д.
4. При автоматизированной обработке Талонов с целью выделения включения зарегистрированных обращений по заболеванию в реестр счетов, при заполнении Талона должны быть учтены следующие требования.
   1. Пункт 16 Талона «Цель посещения пациента» должен быть заполнен значением 1 – заболевание.
   2. Пункт 17 Талона «Результат обращения» заполняется только при последнем посещении больного по данному поводу. В случае завершения обращения по заболеванию направлением на консультацию к специалисту той же медицинской организации и прекращения лечения у направившего специалиста пункт 17 Талона заполняется значением «7». В случае завершения обращения по заболеванию направлением на консультацию в другую медицинскую организацию и прекращения лечения у направившего специалиста пункт 17 Талона заполняется значением «8». Заполнение пункта 17 Талона во время не последнего посещения, относящегося к данному обращению по поводу заболевания, недопустимо, так как влечет за собой учет завершения законченного случая лечения по данному заболеванию.

Учет обращения по поводу заболевания предполагает неизменность или преемственность диагнозов, установленных на каждом посещении пациентом врача по поводу данного заболевания. При неизменности диагноза шифры по МКБ-10, указанные в пункте 18 Талона, должны совпадать во всех талонах, относящихся к данному обращению. В случае корректировки диагноза, вынесенного ранее на лист заключительных (уточненных) диагнозов медицинской карты амбулаторного больного, врачом во время очередного посещения по данному обращению в пункте 18 Талона указывается шифр по МКБ-10 уточненного диагноза, а в пункте 27 Талона указывается шифр по МКБ-10 измененного диагноза и дата регистрации изменяемого диагноза, учтенного в пункте 18 предыдущего Талона. Заключительный диагноз при обращении по поводу заболевания вписывается в пункт 18 Талона.

1. При учете медицинских услуг в пункте 19 каждого Талона, относящегося к данному обращению, должны использоваться коды услуг 1.ХХ.960.1 и 2.ХХ.960.1 (приложение 2а и 2б к ТС).
2. Дата начала обращения будет определена как дата первого посещения по данному поводу обращения, т.е. как самая ранняя дата врачебного посещения с услугой 1.ХХ.960.1 или 2.ХХ.960.1, учтенная позже предыдущего законченного случая обращения по тому же поводу. Единство повода обращения устанавливается информационной системой по признаку совпадения следующих учетных данных во всех талонах, относящихся к обращению: код пациента; профиль медицинской помощи; код услуги; цель посещения. При этом «цель посещения» должна иметь значение «1» (заболевание). Кроме этого:

* при совпадении шифров МКБ-10 основных диагнозов, указанных в пункте 18 двух последовательных талонов, оба талона считаются относящимися к одному обращению;
* при изменении основного диагноза, уточненного в пункте 18 Талона, относительно основного диагноза, указанного в пункте 18 предыдущего Талона, в пункте 27 текущего Талона должен быть указан точный шифр по МКБ-10 и дата регистрации ранее установленного измененного диагноза.

Дата окончания обращения будет определена как дата последнего посещения по данному поводу обращения, т.е. как самая поздняя дата врачебного посещения с услугой 1.ХХ.960.1 или 2.ХХ.960.1, учтенная по тому же поводу.

1. По завершению отчетного периода (календарный месяц) производится автоматизированная обработка учтенных Талонов с целью выделения обращений по поводу заболевания и включения их в реестры счетов. При этом:

* если в последовательности Талонов по данному обращению, даты посещения в которых относятся к данному отчетному периоду, обнаружен Талон с заполненным пунктом 17, то этот Талон относится к последнему посещению по данному обращению;
* если в последовательности Талонов по данному обращению, даты посещения в которых относятся к данному отчетному периоду, не обнаружено Талона с заполненным пунктом 17, то к последнему посещению по данному обращению в отчетном периоде относится Талон с самой поздней датой посещения;
* если по данному обращению в данном отчетном периоде обнаружен единственный Талон с признаками обращения по заболеванию (см.п.4), то оказанная согласно этому Талону медицинская помощь подлежит оплате как «посещение» с указанием кода медицинской услуги типа 1.ХХ.960.0 или 2.ХХ.960.0.

1. При продолжении лечения заболевания в следующем отчетном периоде (месяце) в данной медицинской организации по тому же профилю медицинской помощи медицинская помощь, оказанная при этом, представляется к оплате как новое обращение по поводу данного заболевания.
2. В случае, если застрахованному лицу на момент обращения за медицинской помощью не исполнилось 18 лет, то независимо от возраста пациента, на момент завершения обращения, учет страхового случая осуществляется по коду услуги 1.ХХ.960.1 (услуги детскому населению). В случае, если застрахованное лицо на момент завершения обращения по заболеванию осуществило выбор страховой медицинской организации (сменило страховую медицинскую организацию), то медицинская услуга «обращение по заболеванию» предъявляется к оплате страховой медицинской организации, выдавшей временное свидетельство (полис обязательного медицинского страхования) застрахованному лицу.
3. В том случае, если в реестре счетов за отчетный период зафиксировано более одного законченного случая обращения за медицинской помощью одного пациента по одному и тому же поводу эти случаи обращения подлежат медико-экономической экспертизе.

**Формализованные требования к заполнению в медицинской организации Талонов, относящихся к учету одного обращения по заболеванию (упомянуты пункты Талона, критичные для сбора всех посещений в состав одного обращения):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Пункт Талона | Наименование пункта Талона | Требования к обязательности заполнения | Допустимое значение | Примечание |
| 4 | Код пациента | Обязательно к заполнению | Согласно кодировке, принятой в МО | Не должно принимать разные значения в течение одного случая обращения |
| 15 | Место обслуживания |  | 1, 2, 3 | Может принимать разные значения в течение одного случая обращения |
| 16 | Цель посещения |  | 1 |  |
| 17 | Результат обращения | Обязательно к заполнению на последнем приеме по случаю обращения | От 1 до 10 |  |
| 18 | Диагноз (код по МКБ) | Обязательно к заполнению |  |  |
| 19 | Код услуги | Обязательно к заполнению | Коды услуг 1.ХХ.960.1 и 2.ХХ.960.1 (приложение 3а и 3б к ТС) |  |
| 27 | Изменение диагноза (код МКБ и дата регистрации изменяемого диагноза) | Заполняется исключительно в случае изменения основного диагноза, указанного в п.18 ранее заполненных Талонах по этому случаю обращения | Согласно справочнику МКБ-10 | Код измененного ранее учтенного диагноза должен совпадать с кодом диагноза, указанного в п.18 предыдущего талона. Дата регистрации изменяемого диагноза должна совпадать с датой приема пациента, указанной в ранее заполненном Талоне по этому случаю обращения |

Приложение №16

к Положению о порядке оплаты

**ЗАЯВКА № \_\_\_\_\_\_\_\_**

на авансирование медицинской помощи (*дополнительно к базовой Программе ОМС*)

в СМО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование СМО*

от Медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование медицинской организации*

на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

*(месяц)*

Размер аванса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % от\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в объеме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

*(сумма прописью)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Направление мероприятий, предусмотренных дополнительно к базовой Программе ОМС | № строки | Сумма, руб. |
| А | Б | 1 |
| Размер аванса \_\_\_\_% от стр. 02, руб. | 01 |  |
| ИТОГО Сверхбазовая Программа ОМС (медицинская помощь при социально-значимых заболеваниях), руб./мес. | 02 |  |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Гл. бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись) (телефон)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

|  |  |
| --- | --- |
| Согласовано: | Согласовано: |
| Руководитель СМО | Директор филиала ТФОМС МО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО) (подпись)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО) (подпись)* |
| МП  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. | МП  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. |

\*) Для медицинских организаций, вновь вступивших в систему обязательного медицинского страхования, расчет аванса первого квартала финансового года (или с начала действия Договора ООМП СБП) осуществляется от планового объема финансового обеспечения медицинской организации, установленного решением Комиссии по разработке Московской областной программы ОМС (1/3 квартального распределения).

Приложение №17

к Положению о порядке оплаты

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **Наименование медицинской организации: Код медицинской организации** | | | | | | | |
| **Адрес:** | |  | | |  | | |
| **Получатель**  ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | |  | | |
| Наименование территориального органа Федерального казначейства/ финансового органа (наименование медицинской организации л/сч) | | Р/сч. № | | |  | | |
| Банк получателя |  | БИК | | |  | | |
|  | | Кор./сч. № | | |  | | |
| КБК получателя |  | ОКТМО | | |  | | |
|  | |
|  |  |  | | |  | | |
| **СЧЕТ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| **на мероприятия Сверхбазовой программы ОМС**  **за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |
| Плательщик: | | | | | | | |
| Наименование СМО: | | | | | | | |
| ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |  | |
| Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| р/сч \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| в банке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| БИК банка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |
| Наименование услуги | | | | сумма, руб. коп. | | |
| За медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам Московской области в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования, дополнительно к базовой Программе ОМС (на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам при социально-значимых заболеваниях) | | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | |
| **ИТОГО к оплате:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| (сумма прописью) | | | | | | | |
| Руководитель медицинской организации | | |  | | |  | |
|  | | | (подпись) | | | (Ф.И.О.) | |
| Главный бухгалтер | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |
|  |  | | (подпись) | | | (Ф.И.О.) | |
|  | М.П. | |  | | |  | |
|  | | | | | | | |

Приложение №18

к Положению о порядке оплаты

**Сводная справка к Реестру счетов (***по Сверхбазовой Программе ОМС***)**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_**

за «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_\_г.

*(месяц)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Представлена в |  | |
|  | Наименование СМО | |
| Код и наименование Медицинской организации | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа |  | Категория |  | *(круглосуточный стационар)* |
| Группа |  | Категория |  | *(поликлиника)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинская помощь | | | | | | | | |
| Профиль | Код | Наименование | Ед.изм. | Кол-во | Тариф  **Т** **(Тпс)** (руб.) | Сумма (руб.) | Сумма (**по итоговой строке**) с учетом **КФП** (руб.) | Пациенты (чел.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=6 \*5 | 8=7\* **КФП** | 9 |
| Условия оказания по Московской областной программе ОМС (*по Сверхбазовой Программе ОМС*): | | | | | | | | |
| *Стационарно* | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Х |  |
|  |  |  |  |  | Х |  | Х |  |
| *Амбулаторно* | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Х |  |
|  |  |  |  |  | Х |  | Х |  |
| *Дневные стационары всех типов* | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Х |  |
|  |  |  |  |  | Х |  | Х |  |
| **ИТОГО (по социально-значимым заболеваниям (СЗЗ)) с учетом КФП** | | | | | | |  |  |

**ИТОГО по СЗЗ с учетом КФП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.**

*(сумма прописью)*

*(КФП = Финансовый план месяца разделить на итог по столбцу 7)*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Приложение №19

к Положению о порядке оплаты

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | Код медицинской организации: | | |  | | **Наименование медицинской организации:** | | | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | | **Адрес:** | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  | |  | | **Получатель** | |  |  | |  | |  | | ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наименование территориального органа Федерального казначейства/ финансового органа (наименование медицинской организации л/сч) | | | р/сч. № | |  | | | | Банк получателя |  |  | БИК | |  | | | |  | | | кор./сч. № | |  | | | | КБК получателя |  |  | ОКТМО | |  | | | |  | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  | |  | | **СЧЕТ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | |  | | Плательщик: ИНН 7702129350 КПП 500101001 | | | | | | | | | Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области | | | | | | | | | Адрес: Россия, Московская область, г. Балашиха, ул. Орджоникидзе, д.4 | | | | | | | | | Телефон: (495) 223-71-28 | | | | | | | | | Реквизиты (Плательщика)[[24]](#footnote-24) | |  |  |  | | |  | |  | | | | | | | | | Наименование услуг | | | | | | Сумма к оплате, руб. коп. | | | За медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, по Сверхбазовой Программе ОМС в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года по Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | | | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  |  | |  | | | ***Сумма прописью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | |  | | Руководитель | |  |  |  | | |  | | медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | (подпись) |  |  | (Ф.И.О.) | | |  | |  |  |  |  |  | | |  | | Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | (подпись) |  |  | (Ф.И.О.) | | |  | |  |  |  |  |  | | |  | | М.П. | | | | | | | | |  |  |  |  |  |

Приложение №20

к Положению о порядке оплаты

|  |  |
| --- | --- |
| Представлена в |  |
|  | ТФОМС МО (филиал) |

**Сводная справка к Реестру счетов-«иногородние»** (*по Сверхбазовой Программе ОМС*)

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_**

за «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_\_г.

*(месяц)*

|  |  |
| --- | --- |
| Код и наименование Медицинской организации |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа |  | Категория |  | *(круглосуточный стационар)* |
| Группа |  | Категория |  | *(поликлиника)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(станция скорой медицинской помощи)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинская услуга | | | | | | | | |
| Профиль | Код | | Наименова-ние | Ед.изм. | Кол-во | Тариф **Т** **(Тпс)** (руб.) | Сумма (руб.) | Пациенты (чел.) |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=5\*6 | 8 |
| Условия оказания по Московской областной программе ОМС (*по Сверхбазовой Программе ОМС*) | | | | | | | | |
| *Стационарно* | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  | Х | *Итого 1* |  |
| *Амбулаторно* | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  | Х | *Итого 2* |  |
| *Дневные стационары всех типов* | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  | Х | *Итого 3* |  |
| **ИТОГО** | | | | | | |  |  |

**Всего к оплате (ИТОГО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.**

*(сумма прописью)*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Приложение №21

к Положению о Порядке оплаты

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **Наименование СМО:** | | | |
| **Адрес:** |  | | |
|  | | | |
| **ОТЧЕТ\* №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **об использовании средств обязательного медицинского страхования**  **(по Сверхбазовой Программе ОМС)** | | | |
| **за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года** | | | |
|  | | | |
| № п/п | Наименование | Сумма (руб.коп.) | |
| **1** | **Предъявлено счетов медицинскими организациями по Сверхбазовой Программе ОМС на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам при социально-значимых заболеваниях** |  | |
| **2** | **Сумма средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по Сверхбазовой Программе ОМС всего, в т.ч.:** |  | |
| 2.1 | - по результатам медико-экономического контроля (МЭК) |  | |
| 2.2 | - 70 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных по результатам медико-экономической экспертизы (МЭЭ) |  | |
| 2.3 | - 70% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) |  | |
| **3** | **Сформировано собственных средств страховой медицинской организацией, всего в т.ч.:** |  | |
| 3.1 | - средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, полученные по нормативу |  | |
| 3.2 | - средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате медико-экономической экспертизы (МЭЭ), в размере 30% |  | |
| 3.3 | - средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП), в размере 30% |  | |
| **4** | **Направлено средств медицинским организациям по Сверхбазовой Программе ОМС в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам при социально-значимых заболеваниях** |  | |
|  |  |  | |
| ***ИТОГО принято к оплате:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | | | |
| (сумма прописью) | | | |
| Справочно: | |  | |
|  | | Сумма в руб. коп. | |
|  | 1. Сумма средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по Сверхбазовой Программе ОМС всего, из них: |  | |
|  | *- сформировано собственных средств страховой медицинской организацией в размере 50%;* |  | |
|  | *- подлежит перечислению в ТФОМС МО в размере 50%.* |  | |
|  | 2. Сумма средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц всего, из них: |  | |
|  | *- сформировано собственных средств страховой медицинской организацией, поступивших сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи* |  | |
|  | *- подлежит перечислению в ТФОМС МО, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.* |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| Руководитель СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | (подпись) (Ф.И.О.) |  | |
| Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | (подпись) (Ф.И.О.) |  | |
|  | М.П. |  | |
|  |  |  | |
|  |  | Принято к учету ТФОМС МО | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  | штамп/подпись | |
|  |  |  | |
| п. 2.3.2.4 Договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования при реализации мероприятий дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования в рамках Московской областной программы ОМС. | |  | |
|  | | |

Приложение №22

к Положению о порядке оплаты

**Сводная справка к Реестру по не идентифицированным в системе ОМС лицам № \_\_\_\_\_\_\_\_**

за «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_\_г.

*(месяц)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Представлена в |  | |
|  | Наименование СМО | |
| Код и наименование Медицинской организации | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа |  | Категория |  | *(круглосуточный стационар)* |
| Группа |  | Категория |  | *(поликлиника)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(станция скорой медицинской помощи)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинская помощь | | | | | | | |
| Профиль | Код | Наименование | Ед.изм. | Кол-во | Тариф  **Т** **(Тпс)** (руб.) | Сумма (руб.) | Пациенты (чел.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=5\*6 | 8 |
| Условия оказания по Московской областной программе ОМС: | | | | | | | |
| *Стационарно* | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Х | *Итого 1* |  |
| *Амбулаторно* | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Х | *Итого 2* |  |
| *Дневные стационары всех типов* | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Х | *Итого 3* |  |
| *Вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)* | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Х | *Итого 4* |  |
| **ИТОГО** | | | | | |  |  |

**Итого (сформированная сумма по реестру) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.**

*(сумма прописью)*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО) (подпись)*

МП

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

1. Согласно ч.2 статьи 9 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон) участниками обязательного медицинского страхования являются: территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации. [↑](#footnote-ref-1)
2. п.8 Правил ОМС. [↑](#footnote-ref-2)
3. Лицензирование медицинской деятельности осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-3)
4. Согласование с ТФОМС МО (филиалом) предусмотрено для Медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на территориях муниципальных образований Московской области (включая самостоятельные станции скорой медицинской помощи). [↑](#footnote-ref-4)
5. Глава 10, статья 44. [↑](#footnote-ref-5)
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 №29н. [↑](#footnote-ref-6)
7. Утверждены ФОМС от 30.12.2011 №9161/30-1/и. [↑](#footnote-ref-7)
8. Форма Договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования) утверждается приказом ТФОМС МО. [↑](#footnote-ref-8)
9. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, установлен Правилами ОМС. [↑](#footnote-ref-9)
10. п. 112 Правил ОМС. [↑](#footnote-ref-10)
11. Коэффициент эффективности Медицинской организации равен единице. Коэффициент эффективности Медицинской организации рассчитывается на основании критериев доступности и качества медицинской помощи и показателей ресурсного обеспечения медицинской помощи. Коэффициент эффективности устанавливается решением Комиссии индивидуально по каждой медицинской организации, либо по группе медицинских организаций, схожих по уровню оказания медицинской помощи. Значение Кэф округляется до двух знаков после запятой. [↑](#footnote-ref-11)
12. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 №29н. [↑](#footnote-ref-12)
13. Правила ОМС, Приказ ФСС от 08.12.2010 №261 «Об утверждении порядка направления сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве». [↑](#footnote-ref-13)
14. Форма утверждена Приказом Минздрава России от 30.12.2002 №413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации». [↑](#footnote-ref-14)
15. Учетные формы утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 №255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг». [↑](#footnote-ref-15)
16. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами, другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

    Порядок возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 №252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты». [↑](#footnote-ref-16)
17. Письмом Минздравсоцразвития России от 30.11.2009 №14-6/242888 доведена информация о рекомендации использования в работе учетных бланков, утвержденных приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», утратившего силу в соответствии с приказом Минздрава СССР от 05.10.1988 №750. [↑](#footnote-ref-17)
18. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». [↑](#footnote-ref-18)
19. Форма Договоров по реализации Сверх базовой программы ОМС утверждается приказом ТФОМС МО. [↑](#footnote-ref-19)
20. Аналогичные формы могут формироваться в разрезе муниципального образования, межтерриториального объединения муниципальных образований Московской области и в целом по Московской области. Кроме этого, по аналогичной форме формируются своды по медицинским организациям, выполняющим муниципальный (государственный) заказ. [↑](#footnote-ref-20)
21. Заявка на изменение Плана-задания медицинской организации, выполняющей муниципальный (государственный) заказ, предоставляется вместе с обоснованием проведения корректировки плановых объемов. [↑](#footnote-ref-21)
22. Протокол стоимости подписывает начальник Управления экономических расчетов ТФОМС МО. В случае отсутствия на рабочем месте начальника Управления экономических расчетов ТФОМС МО (отпуск, больничный лист и т.д.), протокол стоимости может быть подписан его заместителем или уполномоченным специалистом, назначенным начальником Управления. [↑](#footnote-ref-22)
23. Реквизиты, указанные в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС). [↑](#footnote-ref-23)
24. Реквизиты, указанные в договоре на оказание и оплату медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС. [↑](#footnote-ref-24)