Приложение 12 к Порядку формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в сфере ОМС Республики Карелия

**Регламент информационного взаимодействия**

**медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Карелия по формированию Реестров счетов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов**

**I. Общие положения**

1. Регламент взаимодействия по СМП определяет действия медицинских организаций, включенных в Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, по подушевому нормативу финансирования (далее – МО), Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Карелия (далее – ТФОМС РК) и страховых медицинских организаций (далее – СМО) по формированию Реестров счетов на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов.

**II. Этап информационного взаимодействия на уровне ТФОМС РК**

2. ТФОМС РК на основании Регионального, Центрального сегментов Единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированный контроль полученных от МО Реестров счетов в целях идентификации и определения страховой принадлежности застрахованныхлиц.

**III. Этап информационного взаимодействия на уровне МО**

3. Ежемесячно МО формирует реестр счетов на оплату медицинской помощи и направляет его в ТФОМС РК для проведения форматно-логического контроля и идентификации застрахованных по ОМС лиц.

4. При формировании Реестра счетов на оплату скорой медицинской помощи (USL\_OK = 4 по V006), поле IDSP (код способа оплаты медицинской помощи по РК16) заполняет значением – 36 («По подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи» - оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, относящимся к обслуживаемому населению данной медицинской организации).

5. МО в сроки, установленные нормативными документами по результатам автоматизированного контроля Реестров счетов ТФОМС РК формирует их с учетом страховой принадлежности застрахованных и представляет в СМО в порядке и по форме, установленными нормативными документами.

6. МО не имеет права дополнять Реестры счетов новыми случаями оказанной медицинской помощи и изменять данные идентификации и страховой принадлежности застрахованных лиц после проведения автоматизированного контроля ТФОМС РК.

7. МО после проведения МЭК СМО:

7.1. Исправляет допущенные ошибки с учетом причин отказа в оплате медицинской помощи;

7.2. Корректирует заполнение поля IDSP (вместо ранее заполненного 36), с учетом результата заполнения СМО поля AMO\_CODE, следующим образом:

7.2.1. если в поле AMO\_CODE указан код данной МО (т.е. скорая медицинская помощь оказана лицу, прикрепленному к данной МО), оплата осуществляется по подушевому нормативу финансирования и в поле IDSP сохраняется код способа оплаты медицинской помощи – 36;

ГБУЗ РК "Больница скорой медицинской помощи" в поле IDSP сохраняет код способа оплаты медицинской помощи – 36, если в поле AMO\_CODE указаны коды МО города Петрозаводска в соответствии с представленной ниже таблицей:

Таблица соответствия прикрепления к медицинским организациям, оказывающим амбулаторную помощь, к медицинским организациям, оказывающим скорую медицинскую помощь

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь | Медицинские организации, численность прикрепленных к которым для оказания амбулаторной медицинской помощи считается численностью обслуживаемого населения для оказания скорой медицинской помощи |
| 1 | ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» | ГБУЗ РК «Городская поликлиника № 1»  ГБУЗ РК «Городская поликлиника № 2»  ГБУЗ РК «Городская поликлиника № 3»  ГБУЗ РК «Городская поликлиника № 4»  ГБУЗ РК «Городская детская поликлиника № 1»  ГБУЗ РК «Городская детская поликлиника № 2»  ГБУЗ РК «Детская республиканская больница»  НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Петрозаводск» ОАО «РЖД»  ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи», в части Заозерского сельского поселения (с.Заозерье, д.Березовые мосты, д.Суйсарь, д.Суйсарь на острове, д.Ялгуба); Нововилговского сельского поселения ( п.Новая Вилга, д.Вилга, п. Новое Лососинное, д.Машезеро, д.Лососинное, д.Половина); Деревянского сельского поселении (д.Ужесельга); Шуйского сельского поселения (д.Бесовец, д.Верховье, п.Карельская деревня, д.Косалма, д.Маткачи, д.Намоево, д.Царевичи, ст.Шуйская, д.Шуйская Чупа, п.Шуя); Мелиоративного сельского поселения (п.Мелиоративный); Гарнизонного сельского поселения (п.Чална-1, д.Порожек).  ГБУЗ РК «Пряжинская ЦРБ» в части Чалнинского сельского поселения (п.Чална, д.Виданы, д.Нижние Виданы) |
| 2 | ГБУЗ РК «Беломорская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Беломорская ЦРБ» |
| 3 | ГБУЗ РК «Калевальская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Калевальская ЦРБ» |
| 4 | ГБУЗ РК «Кемская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Кемская ЦРБ»  ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» города Кемь» |
| 5 | ГБУЗ РК «Кондопожская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Кондопожская ЦРБ» |
| 6 | ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1» | ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1» |
| 7 | ГБУЗ РК «Лоухская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Лоухская ЦРБ» |
| 8 | ГБУЗ РК «Медвежьегорская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Медвежьегорская ЦРБ»  ГБУЗ РК «Толвуйская амбулатория» |
| 9 | ГБУЗ РК «Олонецкая ЦРБ» | ГБУЗ РК «Олонецкая ЦРБ» |
| 10 | ГБУЗ РК «Питкярантская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Питкярантская ЦРБ» |
| 11 | ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А.Баранова» | ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А.Баранова», в части Деревянкского сельского поселения; Деревянского сельского поселения (за искл. д.Ужесельга); Ладвинского сельского поселения; Ладва-Веткинского сельского поселения; Пайского сельского поселения; Рыборецкого сельского поселения; Шелтозерского сельского поселения; Шокшинского сельского поселения. |
| 12 | ГБУЗ РК «Пряжинская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Пряжинская ЦРБ», за исключением Чалнинского сельского поселения (п.Чална, д.Виданы, д.Нижние Виданы) |
| 13 | ГБУЗ РК «Пудожская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Пудожская ЦРБ» |
| 14 | ГБУЗ РК «Сегежская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Сегежская ЦРБ» |
| 15 | ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ» |
| 16 | ГБУЗ РК «Суоярвская ЦРБ» | ГБУЗ РК «Суоярвская ЦРБ» |

7.2.2. если в поле AMO\_CODE указан код другой МО (т.е. скорая медицинская помощь оказана лицу, прикрепленному к другой МО), или указан - 0 (т.е. скорая медицинская помощь оказана застрахованному лицу, не имеющему прикрепления) оплата осуществляется по тарифам и поле IDSP заполняется кодом - 24 ("За вызов скорой медицинской помощи").

7.3. После заполнения Поля IDSP заполняет поле TARIF следующим образом:

7.3.1. При заполнении Поля IDSP кодом - 36 в поле TARIF и в поле SUMV указывает - 0.00.

7.3.2. При заполнении Поля IDSP кодом - 24 в поле TARIF указывает тариф, определенный для данной МО.

7.4. МО возвращают Реестры счетов в СМО в электронном виде.

**IV. Этап информационного взаимодействия на уровне СМО**

8. СМО в соответствии с нормативными документами:

8.1. Осуществляет медико-экономический контроль Реестров счетов;

8.2. Указывает в Реестре счетов в поле AMO\_CODE (код МО, к которой прикреплено застрахованное по ОМС лицо), значение в соответствии с Приложением №1 к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования "Перечень МО, коэффициенты и уровни".

При заполнении Поля AMO\_CODE СМО учитывает данные численности прикрепленных застрахованных в СМО лиц по состоянию на 1 число отчетного месяца, по результатам сверки в соответствии с Соглашением об информационном взаимодействии в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в сфере ОМС Республики Карелия и информационном обмене между Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Карелия, Министерством здравоохранения Республики Карелия и страховыми медицинскими организациями Республики Карелия.

Для ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» СМО учитывает данные численности прикрепленных застрахованных лиц по состоянию на 1 число отчетного месяца, по результатам сверки СМО с МО города Петрозаводска в соответствии с Соглашением об информационном взаимодействии в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в сфере ОМС Республики Карелия и информационном обмене между Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Карелия, Министерством здравоохранения Республики Карелия и страховыми медицинскими организациями Республики Карелия.

Пример:

МО представлен в СМО Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в феврале 2018 года. В поле AMO\_CODE СМО указывает код МО, к которой прикреплено застрахованное лицо в соответствии с Актами сверки по списку прикрепленных застрахованных лиц по состоянию на 1 февраля 2018 года.

Если в Реестре счетов на оплату медицинская помощь была оказана лицу, застрахованному в Республике Карелия и не имеющему прикрепления, в поле AMO\_CODE СМО указывает - 0.

9.3. Направляет в МО Реестры счетов с указанием кода причин отказа в оплате медицинской помощи.

10. СМО в сроки указанные в действующих нормативных документах осуществляет окончательный медико-экономический контроль Реестров счетов с оформлением Акта медико-экономического контроля и Приложения к Акту (Приложение к Регламенту по формированию реестров счетов по СМП).

11. Приложение к Акту учитывает:

11.1. Месячный размер подушевого финансирования скорой медицинской помощи, рассчитанный на основе акта сверки по договору на оказание и оплату медицинской помощи на 1 число отчетного месяца;

11.2. Оплату по тарифам за случаи оказания скорой медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепленным к другим МО (с указанием кодов МО), а также застрахованным лицам, не имеющим прикрепления;

11.3. Удержание стоимости скорой медицинской помощи, оказанной в других МО, застрахованным лицам, прикрепленным к данной МО, рассчитанной в соответствии с утвержденными тарифами для МО, оказавших скорую медицинскую помощь (с указанием кодов МО).

11.4. В реестрах, передаваемым в ТФОМС РК, в обязательном порядке заполняется поля TARIF, SUMV, SUMP для скорой медицинской помощи (код способа оплаты медицинской помощи – 36).

11.5. Реестр межучережденческих расчетов в части удержанных финансовых средств на оплату медицинской помощи, оказанной другими медицинскими организациями застрахованным лицам, прикрепленным к данной МО.

Приложение к Регламенту по формированию реестров счетов по СМП

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **АКТ медико-экономического контроля** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **№** | | |  | | | | **от** | | | |  | | | **г.** | |  | | | |
| **СМО:** | |  | | |  | | | |
| **МО:** | |  | | |  | | | |
| **Реестр за:** | |  | | |
| 1. Количество случаев, представленных к оплате в реестре | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 2. Сумма, предъявленная к оплате (руб.) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 3. Данные счета-фактуры соответствуют/ не соответствуют реестру оказанной медицинской помощи (нужное подчеркнуть) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 4. Тарифы, указанные в реестре оказанной медицинской помощи, соответствуют/ не соответствуют утвержденным (нужное подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Виды и профили медицинской помощи соответствуют/ не соответствуют видам и профилям оказанной медицинской помощи лицензии медицинского учреждения (нужное подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Количество случаев, не принятых к оплате (всего) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 7. Сумма, исключаемая из оплаты, по результатам проведенного МЭК (руб.) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Таблица 1 Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре) с разбивкой по коду специалиста медицинской организации | | | | | | |  | | | | | | | |
| № в реестре | № полиса ОМС | | МКБ-10 | Дата начала лечения | | Дата окончания лечения | | Код дефекта / нарушения | | | | | | Расшифровка кода дефекта / нарушения | | | Сумма неоплаты (руб.) | | | | | |
|  |  | |  |  | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| Итого: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Таблица 2 Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре) с разбивкой по коду профиля отделения (койки) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Профиль отделения (койки), специалиста | | Предоставлено к оплате | | Отказано в оплате | | Принято к оплате | Оплатить | | | | | | | | |
|  | | кол-во | сумма | кол-во | сумма | кол-во | сумма | | | | | | кол-во | | |
|  | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  | | |
|  | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  | | |
|  | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  | | |
| 8. Случаи, принятые к оплате (всего) | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 9. Сумма финансовых санкций за дефекты медицинской помощи | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 10. Сумма, принятая к оплате по реестру счетов по утвержденным тарифам | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 10.1 в т.ч. по следующим способам оплаты: | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код способа оплаты | Расшифровка кода способа оплаты | | | | | | | | | | Сумма | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | |
| 11. Месячный размер подушевого финансирования (амб. помощь) | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 12. Удержано за медицинскую помощь, оказанную прикрепленным к МО, в других МО | | | | | | | | | | | | | |  | |
| (амбулаторная помощь) | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 13. Месячный размер подушевого финансирования (СМП) | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 14. Удержано за медицинскую помощь, оказанную прикрепленным к МО, в других МО | | | | | | | | | | | | | |  | |
| (скорая медицинская помощь) | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 15. Месячный размер за ДИ | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 16. Удержано за ДИ, оказанные в других МО | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 17. Месячный размер за ГИ | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 18. Удержано за ГИ, оказанные в других МО | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 19. Месячный размер за МП с использованием телемедицинских технологий | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 20. Удержано за МП с использованием телемедицинских технологий, оказанную в других МО | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 21. Принято к оплате по реестрам счетов со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (амбулаторная медицинская помощь) по гражданам, прикрепленным к данной МО. | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 22. ИТОГО принято к оплате с учетом всех взаиморасчетов  (п.10+п.11-п.12+п.13-п.14+п.15-п.16+п.17-п.18+п19-п20-п.21) | | | | | | | | | | | |
| Исполнитель | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Директор СМО | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| М.П. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Руководитель МО | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| М.П. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Дата: | | | | | | | | | |
| (отправлено по vip-net) | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **Приложение к Акту** | | | | |
|  |  |  |  |  | **медико-экономического контроля** | | | | |
|  |  |  |  |  | **№\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.** | | | | |
| **Расчет объема финансирования амбулаторной медицинской помощи** | | | | | | | | | |
| **по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц** | | | | | | | | | |
|  |  | **за** |  | | | **года** | |  |  | |
|  |  |  | период | | |  | |  |  | |
| Наименование CМО | | |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |
| Наименование МО | | |  | | | | | | |
| Составили настоящий акт расчета финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | период | | |  | |
|  | | | | | | | (рублей) | | |
| 1 | Плановый объем финансирования (таблица 1) | | | | | |  | | |
| 2 | Удержано за медицинскую помощь, оказанную прикрепленным к МО, в других МО (таблица 2) | | | | | |  | | |
| 3 | Увеличение оплаты за счет оказанной медицинской помощи гражданам, прикрепленным к иным МО (таблица 3) | | | | | |  | | |
| 4 | Увеличение оплаты за счет оказанной медицинской помощи гражданам, не прикрепленным к МО | | | | | |  | | |
| 5 | Принято к оплате по реестрам счетов со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (амбулаторная медицинская помощь) по гражданам, прикрепленным к данной МО. | | | | | |  | | |
| 6 | Объем финансирования амбулаторной помощи по подушевому нормативу с учетом всех взаиморасчетов (стр.1-стр.2+стр.3+стр.4-стр.5) | | | | | |  | | |
| 7 | В том числе, учтено в п.2 Акта как предъявленные к оплате в реестре счетов по утвержденным тарифам (стр.3+стр.4) | | | | | |  | | |
| 8 | Итого: (стр.6-стр.7) | | | | | |  | | |
| 9 | ИТОГО с учетом выполнения плановых объемов медицинской помощи (таблица 4) | | | | | |  | | |

**Приложение к Регламенту взаимодействия для МО-Пилотов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **АКТ медико-экономического контроля (ПИЛОТНЫЕ МО)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **№** | | |  | | | | **от** | | | |  | | | **г.** | |  | | | |
| **СМО:** | |  | | |  | | | |
| **МО:** | |  | | |  | | | |
| **Реестр за:** | |  | | |
| 1. Количество случаев, представленных к оплате в реестре | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 2. Сумма, предъявленная к оплате (руб.) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 3. Данные счета-фактуры соответствуют/ не соответствуют реестру оказанной медицинской помощи (нужное подчеркнуть) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 4. Тарифы, указанные в реестре оказанной медицинской помощи, соответствуют/ не соответствуют утвержденным (нужное подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Виды и профили медицинской помощи соответствуют/ не соответствуют видам и профилям оказанной медицинской помощи лицензии медицинского учреждения (нужное подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Количество случаев, не принятых к оплате (всего) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 7. Сумма, исключаемая из оплаты, по результатам проведенного МЭК (руб.) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Таблица 1 Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре) с разбивкой по коду специалиста медицинской организации | | | | | | |  | | | | | | | |
| № в реестре | № полиса ОМС | | МКБ-10 | Дата начала лечения | | Дата окончания лечения | | Код дефекта / нарушения | | | | | | Расшифровка кода дефекта / нарушения | | | Сумма неоплаты (руб.) | | | | | |
|  |  | |  |  | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| Итого: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Таблица 2 Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре) с разбивкой по коду профиля отделения (койки) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Профиль отделения (койки), специалиста | | Предоставлено к оплате | | Отказано в оплате | | Принято к оплате | Оплатить | | | | | | | | |
|  | | кол-во | сумма | кол-во | сумма | кол-во | сумма | | | | | | кол-во | | |
|  | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  | | |
|  | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  | | |
|  | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  | | |
| 8. Случаи, принятые к оплате (всего) | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 9. Сумма финансовых санкций за дефекты медицинской помощи | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 10. Сумма, принятая к оплате по реестру счетов по утвержденным тарифам | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 10.1 в т.ч. по следующим способам оплаты: | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Код способа оплаты | Расшифровка кода способа оплаты | | | | | | | | | | Сумма | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | |
| 11. Месячный размер подушевого финансирования (амбулаторная медицинская помощь (профилактическая цель, заболевание), стоматология (все цели), медицинская помощь оказанная в условиях круглосуточного и дневных стационаров)\* | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 12. Удержано за медицинскую помощь, оказанную прикрепленным к МО, в других МО | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ( амбулаторная медицинская помощь (профилактическая цель, заболевание), за исключением оказанной медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология» и «акушерское дело») | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 13. Месячный размер подушевого финансирования (СМП) | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 14. Удержано за медицинскую помощь, оказанную прикрепленным к МО, в других МО | | | | | | | | | | | | | |  | |
| (скорая медицинская помощь) | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 15. Месячный размер за ДИ | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 16. Удержано за ДИ, оказанные в других МО | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 17. Месячный размер за ГИ | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 18. Удержано за ГИ, оказанные в других МО | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 19. Месячный размер за МП с использованием телемедицинских технологий | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 20. Удержано за МП с использованием телемедицинских технологий, оказанную в других МО | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 21. Принято к оплате по реестрам счетов со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования ( амбулаторная медицинская помощь (профилактическая цель, заболевание), стоматология, медицинская помощь оказанная в условиях круглосуточного и дневных стационаров ) по гражданам, прикрепленным к данной МО. | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 22. ИТОГО принято к оплате с учетом всех взаиморасчетов  (п.10+п.11-п.12+п.13-п.14+п.15-п.16+п.17-п.18+п19-п20-п.21) | | | | | | | | | | | |
| Исполнитель | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Директор СМО | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| М.П. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Руководитель МО | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| М.П. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Дата: | | | | | | | | | |
| (отправлено по vip-net) | | | | | | | | | |

**\* за исключением расходов:**

– на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

– на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

– на оплату услуг диализа;

- на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | | **Приложение к Акту** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | | **медико-экономического контроля**  **для МО-пилотов** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | | **№\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Расчет объема финансирования амбулаторной медицинской помощи** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | **за** | | |  | | | | | | | | | **года** | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | период | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
| Наименование CМО | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
| Наименование МО | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Составили настоящий акт расчета финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | | период | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (рублей) | | | | | | | | | |
| 1 | Плановый объем финансирования (таблица 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 2 | Удержано за медицинскую помощь, оказанную прикрепленным к МО, в других МО (таблица 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 3 | Увеличение оплаты за счет оказанной медицинской помощи гражданам, прикрепленным к иным МО (таблица 3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 4 | Увеличение оплаты за счет оказанной медицинской помощи гражданам, не прикрепленным к МО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 5 | Принято к оплате по реестрам счетов со сведениями об оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования (амбулаторная медицинская помощь) по гражданам, прикрепленным к данной МО. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 6 | Объем финансирования амбулаторной помощи по подушевому нормативу с учетом всех взаиморасчетов (стр.1-стр.2+стр.3+стр.4-стр.5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 7 | В том числе, учтено в п.2 Акта как предъявленные к оплате в реестре счетов по утвержденным тарифам (стр.3+стр.4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 8 | Итого: (стр.6-стр.7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 9 | ИТОГО с учетом выполнения плановых объемов медицинской помощи (таблица 4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | | Таблица 1 | | | | | | | | | | |
| **Расчет суммы месячного размера подушевого финансирования**  **(амбулаторная медицинская помощь, медицинская помощь оказанная в условиях круглосуточного и дневных стационаров)\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
| Половозрастные группы застрахованных лиц | | | | | | | | Численность застрахованных, прикрепленных к МО | | | | | Дифференци-рованный подушевой норматив для однородных групп медицинских организаций, рублей | | | | | | | | Сумма планового месячного размера подушевого финансирования | | | | | | | | | | |
| муж. | | | жен. | | муж. | | | | жен. | | | | | муж. | | | | | жен. | | | | |
| От 0 до 1 года | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| От 1 до 4 лет | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| От 5 до 17 лет | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| От 18 до 54/59 | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| От 55/60 и старше | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| Итого | | | | | | | |  | | | | | х | | | | х | | | | |  | | | | | | | | | |
| **\* за исключением расходов:**  – на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;  – на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;  – на оплату услуг диализа;  - на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | | Таблица 2 | | | | | | | | | |
| **Уменьшение суммы счета МО   на основании предъявленных реестров счетов за амбулаторную медицинскую помощь прикрепленным гражданам, оказанную в других МО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № | Наименование МО-исполнителя | | | | | | | | | | | | Принято к оплате СМО за медицинскую помощь оказанную, в амбулаторных условиях за исключением оказанной медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология» и «акушерское дело»), прикрепленным гражданам, оказанную в других МО, с учетом результатов МЭК, рублей | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Итого** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | | Таблица 3 | | | | | | | | | | |
| **Увеличение суммы счета МО  за оказанную амбулаторную медицинскую помощь гражданам, прикреплённым к другим МО (увеличение оплаты за счет подушевого норматива других МО)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № | Наименование МО, к которой прикреплен гражданин | | | | | | | | | | | | Принято к оплате СМО за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях за исключением оказанной медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология» и «акушерское дело») гражданам, прикрепленным к другим МО с учетом результатов МЭК, рублей | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Итого** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | | | Таблица 4 | | | | | | | | | | |
| **Выполнение объемов медицинской помощи** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | за | | |  | | | 201\_\_ г. | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | | период | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |
| 1 | Плановый объем посещений | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Фактический объем посещений по реестрам счетов | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | % выполнения плана (стр.2: стр.1) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | | | Таблица 5 | | | | | | | |
| **Уменьшение суммы счета МО   на основании предъявленных реестров счетов за диагностические исследования, оказанные в других МО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № | | Наименование МО-исполнителя | | | | | | | | | | | | Принято к оплате СМО за диагностические исследования, оказанные в других МО, с учетом результатов МЭК, рублей | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Итого** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | Таблица 6 | | | | |
| **Увеличение суммы счета МО   на основании предъявленных реестров счетов за диагностические исследования, оказанные в других МО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № | | Наименование МО, которая направила на диагностические исследования | | | | | | | | | | | | Принято к оплате СМО за исследования с учетом результатов МЭК, рублей | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Итого** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | Таблица 7 | | | | | | | |
| **Уменьшение суммы счета МО   на основании предъявленных реестров счетов за гистологические исследования, оказанные в других МО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование МО, которая направила на гистологические исследования | | | | | | | | | | | | Принято к оплате СМО за исследования с учетом результатов МЭК, рублей | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Итого** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | Таблица 8 | | | | | | | |
| **Увеличение суммы счета МО   на основании предъявленных реестров счетов за гистологические исследования, оказанные в других МО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование МО, которая направила на гистологические исследования | | | | | | | | | | | | Принято к оплате СМО за исследования с учетом результатов МЭК, рублей | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Итого** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | Таблица 9 | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| **Уменьшение суммы счета МО   на основании предъявленных реестров счетов за медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, оказанные в других МО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование МО, которая направила на диагностические исследования | | | | | | | | | | | | Принято к оплате СМО за исследования с учетом результатов МЭК, рублей | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Итого** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | Таблица 10 | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| **Увеличение суммы счета МО   на основании предъявленных реестров счетов за медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, оказанные в других МО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование МО, которая направила на диагностические исследования | | | | | | | | | | | | Принято к оплате СМО за исследования с учетом результатов МЭК, рублей | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Итого** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Исполнитель | |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |
| Директор СМО | |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |
| М.П. | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |
| Главный врач МО | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |
| М.П. | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |
| Дата: | |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Таблица 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Реестр межучережденческих расчетов в части удержанных финансовых средств на оплату медицинской помощи, оказанной прикрепленным к ним застрахованным лицам другими медицинскими организациями** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Код МО, в которой пациент проходил лечение | Код МО, к которой пациент прикреплен | Номер полиса | Фамилия | Имя | Отчество | Пол | Дата рождения | Адрес | Номер телефона | Дата начала лечения | Дата окончания лечения | Условия оказания МП | Диагноз | Код специальности врача | СНИЛС врача, проводившего лечение | Сумма удержанная СМО (межучережденческие расчеты) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Исполнитель | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Директор | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| М.П. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |