**Ответы на вопросы медицинских организаций по результатам совещания**

**11 августа 2017 г. в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»**

**Вопрос.** Сейчас многие медицинские организации самостоятельно проводят экспертизу счета, в том числе в части объединения посещений по заболеванию в одно обращение. Даже если допустить какой-то % ошибок, то он не настолько высокий, чтобы объяснить перекос в выполнении объемов по всем территориальным управлениям. Не считаете ли вы нужным пересмотреть планы?

**Ответ.** Формирование объемов предоставления медицинской помощи в рамках реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2017 год осуществляется в соответствии с нормативами объема предоставления медицинской помощи, установленными Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год (принята постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 г. №1403), в том числе в амбулаторно-поликлинических условиях.

Нормативы объема предоставления медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях в 2017 г. составляют:

-для медицинской помощи, оказанной с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования), – 2,35 посещений на 1 застрахованное лицо;

-для медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями, – 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи, оказанной в неотложной форме – 0,56 посещений на 1 застрахованное лицо.

Объемы предоставления медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях распределены между медицинскими организациями Комиссией по разработке Московской областной программы обязательного медицинского страхования по нормативам с учетом предложений Управлений координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций Министерства здравоохранения Московской области. Вопрос перераспределения объемов предоставления медицинской помощи рассматривается ежемесячно Комиссией по разработке Московской областной программы обязательного медицинского страхования с учетом предложений Управлений координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций Министерства здравоохранения Московской области в пределах установленных нормативов.

**Вопрос.** Учитываются ли различия при формировании планов на посещения с профилактической целью для взрослого и детского населения? Берется ли во внимание, что профилактическая работа с детским населением ведется в больших объемах.

**Ответ.** Объемы предоставления медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях распределены между медицинскими организациями Комиссией по разработке Московской областной программы обязательного медицинского страхования в целом на застрахованных Московской области по нормативам с учетом предложений Управлений координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций Министерства здравоохранения Московской области. Разбивку на утвержденные плановые объемы предоставления медицинской помощи между взрослым и детским населением медицинские организации производят самостоятельно, в том числе в автоматизированной информационной системе «ОМС Финанс».

**Вопрос.** Можно сделать отчет (разделить) отдельно по взрослым и детским объемам. У нас смешанная поликлиника.

**Ответ.** Объемы предоставления медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях распределены между медицинскими организациями Комиссией по разработке Московской областной программы обязательного медицинского страхования в целом на застрахованных Московской области по нормативам с учетом предложений Управлений координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций Министерства здравоохранения Московской области. Информация об утвержденных плановых объемах предоставления медицинской помощи на застрахованных Московской области в целом размещается на сайте ТФОМС МО. Разбивку на утвержденные плановые объемы предоставления медицинской помощи между взрослым и детским населением медицинские организации производят самостоятельно, в том числе в автоматизированной информационной системе «ОМС Финанс».

**Вопрос.** В амбулаторном и стационарном звене есть различия по объемам в зависимости от сезона. Когда будет возможность учитывать эти сезонные колебания при планировании объемов?

**Ответ.** В соответствии с Методическими указаниями Федерального фонда обязательного медицинского страхования по предоставлению информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения членами комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (письмо от 24.11.2015 N 7343/30-5/и) оперативная корректировка объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между медицинскими организациями, по необходимости может осуществляться Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования ежемесячно на основе предложений медицинских организаций с указанием причин указанных корректировок, которыми могут являться, например, изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, рост инфекционной заболеваемости, чрезвычайные происшествия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия и т.п., реорганизация или изменение структуры медицинской организации.

**Вопрос.** Учитывая результаты выполнения плана по обращениям, посещениям и единичным обращениям по заболеваниям по всей Московской области, возможно необходимо пересмотреть и перераспределить объемы более корректно в 2018 г.?

**Ответ.** Формирование объемов предоставления медицинской помощи в рамках реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2018 год будет осуществляться в соответствии с нормативами объема предоставления медицинской помощи, которые установит Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год с учетом предложений Управлений координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций Министерства здравоохранения Московской области.

**Вопрос.** Почему отличаются показатели объемов фактического выполнения в мониторинге и рейтинге ЛПУ, которые показывает фонд от наших, которые мы сдаем в отчетах в ТФОМС МО?

**Ответ.** ТФОМС МО выгружает информацию о фактически оказанной медицинской помощи медицинскими организациями в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования на основе реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, переданных медицинскими организациями через информационную систему, обеспечивающую формирование реестров счетов об оказанной медицинской помощи. Указанная информация ежемесячно направляется в Министерство здравоохранения Московской области, в том числе начальникам Управлений координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций Министерства здравоохранения Московской области.

**Вопрос.** Количество посещений и обращений на год разделяется как-то по кварталам, и как узнать текущее количество оставшихся посещений и обращений?

**Ответ.** Информация об установленных Комиссией по разработке Московской областной программы обязательного медицинского страхования годовых плановых объемах предоставления медицинской помощи с учетом поквартальной разбивки в разрезе условий оказания между медицинскими организациями публикуется на сайте ТФОМС МО. Информация о фактическом исполнении объемов предоставления медицинской помощи в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования ежемесячно направляется в Министерство здравоохранения Московской области, в том числе начальникам Управлений координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций Министерства здравоохранения Московской области.

**Вопрос:** Есть проблема при выгрузке данных (талонов) из ТАСУ: на сайте mofoms.ru полис есть и действующий, а в ТАСУ показывает, что нет.

**Ответ**. По данному конкретному случаю необходимо связаться с технической поддержкой информационной системы либо специалистами Управления информационного обеспечения ТФОМС МО.

**Вопрос.** План объемов в посещениях, а в отчетную форму необходимо занести в обращениях по заболеванию. Как?

**Ответ.** Необходимо уточнить, какая отчетная форма имеется в виду.

**Вопрос:** Какой нормативный документ регламентирует оказание планового стоматологического лечения межтерриториальным пациентам по ОМС. Получаем отказы от оплаты. Пациентов очень много, если отказывать – начинаются жалобы.

**Ответ.** [Программа](#P35) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденная постановлением Правительство Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. N 1403.

**Вопрос:**

01.08. j 06.9

2109600

04.08. j 20.9

Это одно обращение или 2 разных посещения?

**Ответ:** Одно обращение. Законченный случай лечения вирусной инфекции, осложненной острым бронхитом.

**Вопрос:** Подлежит ли снятию по коду 5.1.4 случаи, в которых № амбулаторной карты не соответствует № в реестре?.

**Ответ:** Подлежит, при МЭЭ

**Вопрос:** Можно ли в день посещения терапевта по завершению заболевания (закрытия б/л) начать первый этап диспансеризации. Не будет ли сниматься одно посещение терапевта как посещение в один день?

Ответ: Можно. Не будет.

**Вопрос:** А если изначально был диагноз ОРВИ, а через неделю началось осложнение в виде пневмонии (7-5 дней назад ее не было)?

**Ответ:** В талон выносится заключительный (основной) диагноз - «Пневмония», при условии, если больной наблюдался без перерыва, и пневмония явилась следствием ОРИ.

**Вопрос:** В амбулаторной карте 2 врачебные записи, к примеру

12.01. – ДЗ: j 06.9 (ОРВИ)

20.01. – ДЗ: j 04.1 (о. трахеит)

В оплату подано обращение с ДЗ : j 04.1 (о. трахеит)

Однако, при проверке страховых идет снятие по несоответствующему диагнозу за 12.01. – т.к. в карте j 06.9, а в талоне j 04.1

Правомерны ли действия проверяющих страховых экспертов?

**Ответ:** В талон выносится заключительный (основной) диагноз «Острый бронхит». СМО необоснованно осуществило снятие. Действие эксперта неправомерно.

**Вопрос:** Как правильно подавать в оплату случаи наблюдения диспансерных больных, например у онколога или эндокринолога? Она наблюдаются годами. Приходят разово по разным причинам. Могут более 1 раза в месяц. Собирать ли это в одно обращение? С учетом размещения включения прошлых периодов, когда закрывать случай

**Ответ:** Если пациент наблюдается и обратился в течение отчетного периода 2 раза и более- обращение. Если 1 раз- посещение.

**Вопрос:** При госпитализации пациента (направление на госпитализацию закрывает случай). После выписки новые посещения образуют уже новое обращение (или разовое посещение). Это допустимо?

**Ответ:** Да, допустимо.

**Вопрос:** Если больной продолжает болеть и заболевание переходит на следующий месяц, как учитывается посещение или обращение?

**Ответ**: Оплате подлежат обращения, имеющие признак законченного случая. Признак законченного случая обращения в талоне отмечается при последнем посещении больного по поводу заболевания у специалиста, начавшего и закончившего лечение. В случае отсутствия данного признака, обращения по поводу заболевания оплате в отчетном периоде не подлежат. Учет и оплата обращений осуществляется в периоде, соответствующем дате последнего посещения при наличии признака законченности случая. Услуги (посещения профильного специалиста по одному и тому же поводу) предыдущего периода оплачиваются в рамках законченного случая обращения по поводу заболевания в отчетном периоде.

**Вопрос:** Если единством обращения является совпадение кодов МКБ – 10 значений (в приведенных примерах) необходимо изменить код диагноза (вместо предварительных на уточненный в 1 посещ)

1 посещ – предварит. ds

2 посещ – уточн. ds

Обращение?

**Ответ:** Заполнение«Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» №025-1/у осуществляется в соответствии с Приложением 4 «Порядок заполнения учетной формы 025-1/у "талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» к приказу Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их заполнения».

**Вопрос:** Какой ставить результат при обращении по поводу хронического заболевания:

Лечение завершено?

Лечение продолжено?

**Ответ:** Согласно п. 25 «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» №025-1/у « Результат обращения: выздоровление - 1, без изменения - 2, улучшение - 3, ухудшение - 4, летальный исход - 5, дано направление: на госпитализацию - 6, из них: по экстренным показаниям - 7, в дневной стационар - 8, на обследование - 9, на консультацию - 10, на санаторно-курортное лечение – 11»

**Вопрос:** За какой период формируется обращение? (месяц календарный и больше?)

**Ответ:** *Отчетный период- календарный месяц*. Оплате подлежат обращения, имеющие признак законченного случая. Признак законченного случая обращения в талоне отмечается при последнем посещении больного по поводу заболевания у специалиста, начавшего и закончившего лечение. В случае отсутствия данного признака, обращения по поводу заболевания оплате в отчетном периоде не подлежат. Учет и оплата обращений осуществляется в периоде, соответствующем дате последнего посещения при наличии признака законченности случая. Услуги (посещения профильного специалиста по одному и тому же поводу) предыдущего периода оплачиваются в рамках законченного случая обращения по поводу заболевания в отчетном периоде.

**Вопрос:** Как будут учитывать и оплачивать случаи, которые длятся более 15 дней, 1 месяц и тд?

**Ответ:** Независимо от длительности лечения к оплате подается законченный случай в отчетном периоде.

**Вопрос:** После поправок к тарифному соглашению в апреле 17 г. первичное посещение учитывается по выявленному впервые заболеванию – ТАСУ не принимает. Берем как и раньше по первичному посещению специалистов (Ступинская СП)

Вопросы несоответствия учета программы ТАСУ и Тарифного соглашения решаются в рамках договора медицинской организацией и ООО «Мегаклиника».

Пожалуйста, дайте пояснения по поводу формирования и оплаты обращения у гинеколога по наблюдению за течением беременности (это одно обращение? Как формировать для оплаты в счета реестр?) дата закрытия?

**Ответ:** Разовые посещения беременной у гинеколога по наблюдению за течением беременности формируются как посещение, посещения в связи с осложненным течением беременности кратностью более 2 – как обращение с указанием заболевания по соответствующему коду МКБ – 10.

**Вопрос:** Приведите пример двух обращений у одного пациента в один отчетный период у одного специалиста.

**Ответ:** Посещение с кратностью 2 и более с гипертонической болезнью и острым бронхитом.

**Вопрос:** Больной пациент с гипертонией явка с 1 по 8 лечение далее ремиссия и 15 вновь обострение, почему не может быть два страховых случая по обращению?

**Ответ:** Может. Но в обязательном порядке случай будет взят на экспертизу, как повторное обращение по одному заболеванию в течение 15 дней после первого обращения.

**Вопрос:** Ребенок заболел, лечился с 1 по 5 число, вылечился. Заболел 25 и лечился до 30 числа, как учитывать? Как два обращения. Врач подал уже 2 талона.

**Ответ:** как два обращения. В случае повторного обращения в течение 15 дней с момента первого обращения по поводу заболевания, относящего к одной группе МКБ, случай будет взят на экспертизу.

**Вопрос:** Разъясните, пожалуйста, как учитываются во фтизиатрии посещения у хронических больных:

- каждый прием врача, как посещение, (без формирования закончен. случая)?

или

- формировать законченный случай?

При условии, что больной наблюдается практически пожизненно.

**Ответ:** В течение отчетного периода подается как обращение или посещение в зависимости от кратности посещения.

**Вопрос:** При формировании реестра счетов сформирования обращения => выставление в счет => ТФОМС

При экспертизе – МЭЭ страховой компанией выясняется, что они учтены в счете СМО как посещения.

На каком этапе искать потерю информации (искажение информации)?

**Ответ:** на этапе формирования счета в медицинской организации.

**Вопрос:** Пациент обратился к специалисту 1 и 5 с одним диагнозом, направлен в стационар, где находился с 6 по 15, затем вновь к специалисту с тем же диагнозом 20 и 25.

Каким образом формировать обращение?

1. 1 обращение (1,5,20,25)

2 обращение (с 1 по 5 и с 20 по 25)

**Ответ:** как 2 обращение (с 1 по 5 и с 20 по 25)

**Вопрос:** Как быть с обращением у хирурга с переломом, случай закончится через несколько месяцев.

**Ответ:** В течение отчетного периода подается как обращение или посещение в зависимости от кратности посещений.

**Вопрос:** Возможно ли пересдача счетов после отработки актов МЭК без согласования со страховыми компаниями, т.к. этот период занимает более 25 дней?

**Ответ:** Нет. Только после подписания Акта с разногласиями и направления Протокола разногласий в СМО.