

Государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение  
**КИРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ПРИКАЗ**

24 января 2017 года

№ 41

Киров

Об утверждении Порядка проведения  
мониторинга и контроля объемов  
медицинской помощи

В соответствии с решением комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 30 декабря 2016 года № 15/8/2 «О проекте Порядка проведения мониторинга и контроля объемов медицинской помощи, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок проведения мониторинга и контроля объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области. Прилагается.

2. Считать утратившими силу приказы:

2.1. От 03.02.2015 № 67 «Об организации мониторинга выполнения плановых объемов медицинскими организациями и об утверждении Порядка расчета коэффициентов корректировки тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

2.2. От 28.04.2015 № 304 «О внесении изменений в приказ от 03.02.2015 № 67»;

2.3. От 11.11.2015 № 955 «О внесении изменений в приказ от 03.02.2015 № 67»;

2.4. От 05.09.2016 № 719 «О внесении изменений в приказ от 03.02.2015 № 67»;

2.5. От 05.10.2016 № 823 «О внесении изменений в приказ от 03.02.2015 № 67».

3. Настоящий приказ довести до сведения страховых медицинских организаций, медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кировской области.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по обязательному медицинскому страхованию Мокиеву Л.Ю.

Директор



С.В. Юрлова

Согласовано:

Заместитель директора  
по экономике и финансам



Э.В. Школьник

Заместитель директора по организации  
обязательного медицинского страхования



Л.Ю. Мокиева

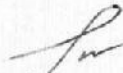
Начальник отдела правовой  
и кадровой работы




С.Ю. Кропачева

Ознакомлены:


Заместитель директора по организации  
обязательного медицинского страхования

 Л.Ю. Мокиева


Начальник управления организации ОМС

 С.А. Ключерова

Начальник управления информационного обеспечения

 Т.Ю. Рождественский

Начальник финансово-экономического управления

 В.В. Серда

ОДОБРЕН

решением Комиссии по разработке  
Территориальной программы  
обязательного медицинского  
страхования Кировской области  
от 30.12.2016 № 15/8/2

УТВЕРЖДЕН

приказом Кировского областного  
территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования  
от 24.01.2017 № 71

## **ПОРЯДОК**

### **проведения мониторинга и контроля объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области**

#### **1. Основные положения**

1.1. Порядок проведения мониторинга и контроля объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области (далее – Порядок) разработан в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – приказ ФФОМС № 230), в целях соблюдения законодательства по обязательному медицинскому страхованию в части контроля объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области (далее – Комиссия), обеспечения гарантий прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи в соответствии с установленными порядками и стандартами ее оказания.

1.2. Порядок устанавливает единые организационные и методические принципы организации проведения мониторинга и контроля объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области (далее – ТП ОМС), формы мониторинга выполнения объемов медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС.

#### **2. Основные принципы осуществления Порядка**

2.1. Мониторинг и контроль исполнения объемов, установленных решением Комиссии, проводится за отчетный месяц и нарастающим итогом с начала года (далее – отчетный период).

2.2. Плановыми объемами, в отношении которых проводится мониторинг и контроль, являются объемы, утвержденные последним решением Комиссии.

2.3. Выполнение плановых объемов оказания медицинской помощи оценивается в целом по всем страховым медицинским организациям.



2.3. Ежемесячный план устанавливается медицинской организацией, согласно которому решением Комиссии формируется квартальный план.

2.4. Доля плановых показателей за первый квартал не может превышать 30% годового объема, а за четвертый квартал – не может быть меньше 25% годового объема. Ежемесячный плановый объем оказания медицинской помощи в рамках ТП ОМС может иметь отклонение от среднего значения за год не более чем на 10%. При отклонении от указанных показателей медицинская организация предоставляет обоснование причины отклонения (закрытие отделения на ремонт на определенный период и т.п.).

2.5. Выполнение плана за отчетный месяц определяется по предъявленным к оплате в страховые медицинские организации реестрам счетов оказанной медицинской помощи по данным электронного реестра персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (далее – реестр счетов), нарастающим итогом с начала года – по принятым к оплате реестрам счетов с учетом результатов проведения контроля объемов, сроков, качества и условий медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2.6. Оценка выполнения/невыполнения плановых показателей осуществляется в целом по условию оказания медицинской помощи без разбивки по профилям медицинской помощи.

2.7. Оценка выполнения плановых показателей оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), экстракорпорального оплодотворения, услуг диализа осуществляется отдельно;

2.8. Мониторинг и контроль осуществляется по источникам финансового обеспечения.

3. Мониторинг и контроль осуществляется по следующим показателям объемов медицинской помощи:

3.1. По амбулаторно-поликлинической помощи – количество посещений всего, в том числе с профилактической и иными целями; в неотложной форме; количество посещений и обращений по поводу заболевания;

3.2. В стационарных условиях или в условиях дневного стационара – количество законченных случаев лечения (госпитализаций) (далее – законченный случай) по профилям оказания медицинской помощи за исключением случаев, указанных в пункте 3.3 настоящего Порядка;

3.3. За законченный случай ВМП, экстракорпорального оплодотворения по видам и методам оказанной медицинской помощи, услуг диализа – по коду услуги и условиям ее оказания;

3.4. Скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – за вызов.

4. Ежемесячный мониторинг осуществляется Кировским областным территориальным фондом обязательного медицинского страхования по объемам оказанной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, и страховыми медицинскими организациями, осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кировской области (далее – СМО), и на шестой рабочий день месяца, следующего за отчетным периодом, передается в медицинские организации по форме согласно Приложению 1 к настоящему Порядку и СМО по форме согласно Приложению 2 к настоящему Порядку по защищенной сети ViPNet № 650.

5. Обоснованной необходимостью перераспределения объемов медицинской помощи, в том числе между медицинскими организациями, могут являться:

5.1. Изменение численности застрахованных (прикрепленных) лиц, выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, подтвержденное актами сверки со СМО;

5.2. Изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, в том числе по причине закрытия отделений, подтвержденное приказами, распоряжениями органов управления здравоохранением;

5.3. Эпидемический подъем заболеваемости, чрезвычайные происшествия и т.п., по причине которых резко увеличивается объем оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи – согласно соответствующему нормативному правовому акту министерства здравоохранения Кировской области, иных органов власти;

5.4. Реорганизация медицинской организации, изменение структуры медицинской организации: открытие (закрытие) отделений, увеличение (уменьшение) коечного фонда, подтвержденные соответствующими нормативными правовыми актами министерства здравоохранения Кировской области;

5.5. Получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, ранее не заявленной при формировании предложений по плановым объемам медицинской помощи.

6. При обоснованной необходимости перераспределения объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии медицинские организации формируют:

6.1. В срок не позднее 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным периодом, заявку на перераспределение объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии между СМО, в соответствии с Приложением 3 к настоящему Порядку и направляют ее во все СМО, Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования для последующего внесения и рассмотрения на Комиссии.

6.2. В срок не позднее 15 числа текущего месяца заявку на внесение изменений в плановые объемы медицинской помощи, (перераспределение плановых объемов медицинской помощи между периодами, профилями медицинской помощи) в соответствии с Приложением 4 к настоящему Порядку, к которой прилагаются копии необходимых документов (приказы о реорганизации медицинской организации, перераспределении потоков больных, об открытии/закрытии отделений и др.).

7. Заявки, поданные в соответствии с пунктами 6.1, 6.2 настоящего Порядка, представленные с нарушением настоящего Порядка, рассмотрению не подлежат.

8. СМО оплачивают медицинскую помощь, оказанную застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

9. В случае превышения медицинской организацией за отчетный период объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии для медицинской организации в целом по виду (условию оказания) медицинской помощи, СМО:

9.1. Оформляют акт медико-экономического контроля (далее – МЭК) на количество случаев оказания медицинской помощи, предъявленных к оплате медицинской организацией, сверх установленного объема в соответствии с пунктом 5.3.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и



условий оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФФОМС № 230, исходя из средней стоимости случая оказания медицинской помощи за отчетный месяц в целом по медицинской организации: стоимости случая медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе посещения с профилактическими и иными целями, посещения в неотложной форме, обращения, стоимости случая лечения в дневном стационаре, стоимости госпитализации в стационарных условиях, стоимости вызова скорой медицинской помощи, стоимости случая госпитализации при оказании ВМП, стоимости услуги диализа, стоимости случая экстракорпорального оплодотворения.

Средняя стоимость случая оказания медицинской помощи за отчетный период определяется как отношение общей стоимости случаев медицинской помощи за отчетный период по условиям ее оказания (посещения с профилактическими и иными целями, посещения в неотложной форме, обращения в связи с заболеванием, лечение в дневном стационаре, стационарная медицинская помощь, скорая медицинская помощь, ВМП, услуги диализа, экстракорпоральное оплодотворение) к общему количеству таких случаев, предъявленных к оплате в отчетном периоде, с двумя десятичными знаками.

При этом, если медицинская организация в предыдущем отчетном периоде превысила объемы медицинской помощи, установленные решением Комиссии, и на случаи, предъявленные к оплате сверх установленного объема, был сформирован акт МЭК, то в последующих отчетных периодах акт МЭК оформляется только на случаи превышения плана текущего периода. При этом оценивается исполнение объемов медицинской помощи по медицинской организации в целом.

9.2. Сумма средств, не подлежащая оплате медицинской организации в связи с предъявлением к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх объема медицинской помощи, установленного решением Комиссии, не удерживается из целевых средств и не учитывается при формировании нормированного страхового запаса Кировского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 10.03.2016 № 1757/26/и.

к Порядку проведения мониторинга и контроля объемов медицинской помощи, оказываемых населению Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области, утвержденному приказом от 24.09.97. № 34

Мониторинг выполнения объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области

код МЛ	1	2	Медицинская помощь по источникам финансирования обстоятельств и условиям предоставления в разрезе профилей (сан и врачев.-нак спец/мис/ствей)	№, единицы стоимости	По всем стационарным медицинским организациям										За отчетный месяц по предоставленным в оплату реабилитационным услугам		Направлениям истощения с началом года по прибыткам к оплате реабилитационных услуг		Всего с начала года		
					Факт		План		Факт		План		Факт		План		Факт		План		
					6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
МЛ	1	2	Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС	4	5																
			Медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе:	01	случ. госпит.																
			— специализированная МП	01.1	случ. госпит.																
			— ВМП	01.2	случ. госпит.																
			— гемодиализ	01.3	услуга																
			Медицинская помощь в условиях дневного стационара, в том числе:	02	случ. дневные																
			— первичная и специализированная МП	02.1	случ. госпит.																
			— ВМП	02.2	случ. госпит.																
			— ЭМО	02.3	случ. госпит.																
			— гемодиализ	02.4	услуга																
			Медицинская помощь в амбулаторных условиях (включая соматологические посещения), в том числе:	03	посещение																
			— посещение с профилактической и иными целями	03.1	посещение																
			— лечение по неотложной медицинской помощи	03.2	посещение																
			— лечение по поводу заболевания (с кратностью не менее 2х посещений)	03.3	посещение																
			— обращение по поводу заболевания (с кратностью не менее 2х посещений)	03.4	посещение																
			Стоматология	04	УЕТ																
			Скорая медицинская помощь	05	вызов																
			Медицинская помощь по видам и направлениям специализации программ:	06	случ. госпит.																
			Медицинская помощь в специализированных условиях, в том числе:	06	случ. госпит.																
			Профиль:																		
			Медицинская помощь в условиях дневного стационара, в том числе:	07	случ. дневные																
			Профиль:																		
			Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в том числе:	08	посещение																
			— посещение с профилактической и иными целями	08.1	посещение																
			— лечение по поводу заболевания	08.2	посещение																
			— обращение по поводу заболевания (с кратностью не менее 2х посещений)	08.3	посещение																
			— лечение по поводу заболевания (с кратностью не менее 2х посещений)	08.4	посещение																





[illegible]

Приложение 3  
к Порядку проведения мониторинга и  
контроля объемов медицинской  
помощи, установленных решением  
комиссии по разработке  
Территориальной программы  
обязательного медицинского  
страхования Кировской области,  
утвержденному приказом от 24.01.2011 № 11

## ФОРМА

Страховая медицинская организация

Рабочая группа по разработке  
Территориальной программы  
обязательного медицинского  
страхования Кировской области

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Заявка на перераспределение объемов медицинской помощи,  
установленных решением комиссии по разработке территориальной  
программы обязательного медицинского страхования,  
между страховыми медицинскими организациями**

\_\_\_\_\_ просит рассмотреть на заседании рабочей группы  
(наименование медицинской организации)  
по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования  
следующие вопросы:

Обоснование обращения (выбрать нужное):

- ☐ изменение численности застрахованных (прикрепленных) лиц, выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, подтвержденное актами сверки со СМО;
- ☐ изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, в том числе по причине закрытия отделений, подтвержденное приказами министерства здравоохранения Кировской области;
- ☐ вспышки инфекционной заболеваемости (превышение показателя заболеваемости в сравнении со среднесезонными показателями), чрезвычайные происшествия и т.п., по причине которых резко увеличивается объем оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи;
- ☐ реорганизация, изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, врачебных приемов, увеличение коечного фонда), подтвержденные соответствующими правовыми актами;

- ☐ получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, ранее не заявленной при формировании предложений по объемам медицинской помощи;
- ☐ иные причины (расшифровать ниже):

---

---

---

Приложение на \_\_\_\_\_ листах

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя МО)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя)

Исполнитель (Ф.И.О. полностью)

Тел. \_\_\_\_\_



Приложение к Заявке на перераспределение объемов медицинской помощи, установленными решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области, между страховыми медицинскими организациями

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

№	Вид медицин- ской помощи	Профиль, специальность, наименование услуги	Утвержденный план оказания медицинской помощи в рамках ТП ОМС на 2017 год*		Корректировка (+;-)	План оказания медицинской помощи с корректировкой в рамках ТП ОМС на 2017 год				
			Объемы, (госпитализации, обращения, посещения)			Объемы, (госпитализации, обращения, посещения)				
1.			ОАО «РОСНО- МС»	АО «МАКС-М»	ООО «СК «Ингос- страх-М»	ООО «РГС- Медицина»	ОАО «РОСНО -МС»	АО «МАКС- М»	ООО «СК «Ингос- страх-М»	ООО «РГС- Медицина»
2.										
	Итого:									

\* на момент обращения

Приложение 4  
к Порядку проведения мониторинга и  
контроля объемов медицинской  
помощи, установленных решением  
комиссии по разработке  
Территориальной программы  
обязательного медицинского  
страхования Кировской области,  
утвержденному приказом от 14.01. № 11

## ФОРМА

Страховая медицинская организация

Рабочая группа по разработке  
Территориальной программы  
обязательного медицинского  
страхования Кировской области

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

### **Заявка на внесение изменений в плановые объемы медицинской помощи (перераспределение плановых объемов медицинской помощи между периодами (месяц, квартал), установленные решением комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования**

\_\_\_\_\_ просит рассмотреть на заседании рабочей  
(наименование медицинской организации)  
группы по разработке Территориальной программы обязательного медицинского  
страхования следующие вопросы:

#### **Обоснование обращения (выбрать нужное):**

- ☐ изменение численности застрахованных (прикрепленных) лиц, выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, подтвержденное актами сверки со СМО;
- ☐ изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, в том числе по причине закрытия отделений, подтвержденное приказами министерства здравоохранения Кировской области;
- ☐ вспышки инфекционной заболеваемости (превышение показателя заболеваемости в сравнении со среднесезонными показателями), чрезвычайные происшествия и т.п., по причине которых резко увеличивается объем оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи;

- ☐ реорганизация, изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, врачебных приемов, увеличение коечного фонда), подтвержденные соответствующими правовыми актами;
- ☐ получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, ранее не заявленной при формировании предложений по объемам медицинской помощи;
- ☐ иные причины (**расшифровать ниже**):

Приложение на \_\_\_\_\_ листах

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя МО)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя)

Исполнитель (Ф.И.О. полностью)

Тел. \_\_\_\_\_



