

УТВЕРЖДАЮ

Директор

Территориального фонда

обязательного медицинского страхования

Республики Карелия

/ Травов А.М.

« 29 » сентября 2015 г.

Методические рекомендации по формированию планового задания на оказание медицинской помощи и ее финансового обеспечения в информационно-аналитической системе «ИАС ТПОМС РК» для пользователей медицинских организаций.

СОГЛАСОВАНО

Начальник информационно-аналитического отдела

П.А. Терехин

« 29 » сентября 2015 г.

I. Раздел «Ввод и корректировка заданий по численности прикрепленного населения и расчет финансового плана по подушевому нормативу на прикрепившихся лица».

1. Ввод численности прикрепленного населения осуществляется в целях расчета финансового обеспечения АПУ и скорой медицинской помощи.
2. Ввод численности прикрепленного населения осуществляется специалистами ТФОМС РК.
3. Численность прикрепленного населения отображается с января по декабрь текущего года по каждому месяцу.
4. Численность прикрепленного населения вносится на Портал ТФОМС РК в разрезе половозрастных групп, страховых медицинских организаций и медицинских организаций.
5. Ввод численности осуществляется автоматически по средствам загрузки на Портал ТФОМС РК.
6. Месячный размер финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, а так же вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) определяется в соответствии с Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.
7. Расчет финансового плана по АПУ и скорой помощи осуществляется автоматически после расчета и сохранения дифференцированных половозрастных нормативов финансирования.
8. Расчет и сохранение половозрастных нормативов финансирования осуществляется ответственными специалистами медицинских организаций в меню **ТАРИФЫ/Амбулаторная медицинская помощь/Планирование** по подушевому нормативу.
9. Расчет дифференцированных половозрастных нормативов финансирования осуществляется автоматически на основании ввода следующих утвержденных тарифным соглашением параметров (Приложение № __ ТС на 2016 год):
 - Базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, руб.;
 - Коэффициента дифференциации для медицинской организации;
 - Половозрастных коэффициентов дифференциации.
10. Просмотр рассчитанного проекта финансового обеспечения на прикрепленных гражданах по АПУ и скорой медицинской помощи осуществляется в меню **ПРОСМОТР ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/Просмотр корректировок плановых заданий**.
11. Просмотр утвержденного финансового обеспечения на прикрепленных гражданах по АПУ и скорой медицинской помощи осуществляется в меню **ПРОСМОТР ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/Просмотр утвержденных плановых заданий**.

II. Раздел. «Ввод плановых заданий по амбулаторной медицинской помощи разрезе целей и медицинских специальностей».

1. Ввод плановых заданий по медицинской помощи в разрезе целей и медицинских специальностей осуществляется МО в разделе **КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/ Амбулаторная помощь/Планирование** по объемным показателям;
2. Ввод плановых заданий по амбулаторной помощи осуществляется в соответствии с объемами медицинской помощи утвержденными Комиссией по разработке ТПОМС;
3. Вводятся объемы медицинской помощи запланированные по медицинским специальностям включенным в подшефной норматив и по медицинским специальностям оплачиваемым отдельно за посещение и/или обращение;
4. Ввод плановых объемов по амбулаторной помощи осуществляется в соответствии с объемами медицинской помощи утвержденными Комиссией по разработке ТПОМС;
5. При вводе утвержденных плановых заданий по терапевтической и педиатрической специальности необходимо учитывать, что медицинская помощь, оказываемая в рамках диспансеризации, включена в объемы по профилактической цели терапевтической и педиатрической специальности. В целях исключения двойного счета объемы диспансеризации должны быть вычтены из терапевтической и педиатрической специальности. Согласно рекомендациям Министерства здравоохранения и социального развития на 2016 год количество законченных случаев по диспансеризации при планировании условно равняется количеству посещений. Таким образом, при планировании объемов медицинской помощи по профилактической цели в условиях АПУ, медицинская организация в обязательном порядке уменьшает плановые объемы медицинской помощи по терапевтической и педиатрической специальности на запланированное количество законченных случаев по диспансеризации.
6. Для расчета финансового плана по АПУ по целям обращения осуществляется ввод данных по следующему алгоритму:
 - Ввод общего количества посещений и обращений;
 - Помесечная разбивка посещений (расчет количества обращений происходит автоматически);
 - Визуальный контроль поквартального распределения (финансовый план обнулен);
 - Распределение введенных объемов по СМО по средствам ввода удельных весов по каждой специальности;
 - Визуальный контроль разбивки объемов медпомощи по СМО;
 - Направление на рассмотрение плановых заданий в ТФОМС РК (с момента направления возможность ввода данных и корректировка блокируется).
7. Просмотр планового задания или корректировок планового задания до момента его утверждения происходит в разделе **ПРОСМОТР ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/Просмотр корректировок плановых заданий**. В данном разделе оператор имеет возможность отслеживать статус планового задания (на рассмотрении, принят, отклонен). В данном разделе предусмотрена возможность выгрузки аналитических таблиц по корректировке плановых объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения, а также плановых заданий.
8. До момента утверждения планового задания Комиссией, медицинская организация может вносить изменения в объемные показатели только после их отклонения оператором фонда (т.е. статус планового задания в разделе **ПРОСМОТР ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/Просмотр корректировок плановых заданий** должен поменяться с «на рассмотрении» на «отклонен»).

III. Раздел. «Ввод и корректировка плановых заданий по диспансеризации».

1. Ввод плановых заданий по медицинской помощи, оказываемой в рамках диспансеризации, осуществляется в разделе Портала **КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/ Диспансеризация**.
2. Ввод плановых заданий по диспансеризации осуществляется в соответствии с объемами медицинской помощи утвержденными Комиссией по разработке ТПОМС.
3. При вводе утвержденных объемов медицинской помощи необходимо помнить, что количество законченных случаев по диспансеризации **при планировании** условно равняется количеству посещений (см. пункт 5. Раздела II.настоящих методических рекомендаций).
4. При вводе объемов медицинской помощи на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью МО самостоятельно распределяет утвержденный общий объем по возрастным группам согласно приложению № тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия на 2016 год.
5. Ввод плановых заданий по диспансеризации осуществляется по следующему алгоритму:
 - Ввод общего количества посещений и обращений по диспансеризации (количество посещений равняется количеству обращений);
 - Помесячная разбивка посещений и обращений;
 - Визуальный контроль поквартирного распределения (финансовый план обнулен);
 - Распределение введенных объемов по СМО через ввод удельных весов по каждой декретированной группе;
 - Визуальный контроль разбивки по СМО;
 - Направление на рассмотрение плановых заданий в ТФОМС РК (с момента направления возможность ввода данных и корректировка блокируется).

IV. Раздел. «Ввод плановых заданий по стоматологической помощи».

1. Ввод плановых заданий по медицинской помощи, оказываемой амбулаторно по специальности стоматология, осуществляется в разделе Портала **КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/«стоматология»**.
2. Ввод плановых заданий по специальности стоматология осуществляется в соответствии с объемами медицинской помощи утвержденными Комиссией по разработке ТПОМС.
3. Ввод плановых заданий осуществляется по посещениям и обращениям в разрезе целей оказания медицинской помощи и по УЕТ в разрезе целей оказания медицинской помощи.
4. При вводе плановых заданий по цели обращения по поводу заболевания обращаем ваше внимание на необходимость соблюдать утвержденную кратность по количеству посещений на одно обращение.
5. При вводе плановых заданий количество посещений и обращений по профилактической (неотложной) цели должны быть равны.
6. Ввод плановых заданий по стоматологической помощи осуществляется по следующему алгоритму:

- Ввод общего количества посещений обращений и УЕТ;
- Помесячная разбивка посещений, обращений и УЕТ;
- Визуальный контроль поквартального распределения (финансовый план обнулен);
- Распределение введенных объемов по СМО через ввод удельных весов;
- Визуальный контроль разбивки по СМО;
- Направление, на рассмотрение плановых заданий в ТФОМС РК (с момента направления возможность ввода данных и корректировка блокируется).

У. Раздел. «Ввод плановых заданий по медицинским услугам, ОВЛ».

1. Ввод плановых заданий по медицинским услугам осуществляется в разделе Портала ТФОМС РК **КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ** /медицинские услуги (ОВЛ).
2. Ввод плановых заданий по медицинским услугам (ОВЛ) осуществляется в соответствии с объемами утвержденными Комиссией по разработке ТПОМС.
3. Ввод плановых заданий по медицинским услугам (ОВЛ) осуществляется по следующему алгоритму:
 - Ввод общего количества медицинских услуг (ОВЛ);
 - Помесячная разбивка количества медицинских услуг (ОВЛ);
 - Визуальный контроль поквартального распределения (финансовый план обнулен);
 - Распределение введенных объемов по СМО через ввод удельных весов по каждой медицинской услуге;
 - Визуальный контроль разбивки по СМО;
 - Направление на рассмотрение плановых заданий в ТФОМС РК (с момента направления возможность ввода данных и корректировка блокируется).

VI. Раздел «Ввод плановых заданий по скорой помощи».

1. Ввод плановых заданий по медицинским услугам осуществляется в разделе Портала ТФОМС РК **«КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ** /скорая помощь.
2. Ввод плановых заданий по скорой помощи осуществляется в соответствии с объемами утвержденными Комиссией по разработке ТПОМС.
3. Ввод плановых заданий по скорой помощи осуществляется по следующему алгоритму:
 - Ввод общего количества вызовов скорой медицинской помощи;
 - Помесячная разбивка количества вызовов скорой медицинской помощи;
 - Визуальный контроль поквартального распределения (финансовый план обнулен);
 - Распределение введенных объемов по СМО через ввод удельных весов;
 - Визуальный контроль разбивки по СМО;

- Направление на рассмотрение плановых заданий в ТФОМС РК (с момента направления возможность ввода данных и корректировка блокируется).

VII. Раздел «Ввод плановых по медицинским помощи, оказываемой в стационаре круглосуточного пребывания и дневных стационарах всех типов (КСГ, профилям и ВМП)».

1. Ввод объемов медицинской помощи по стационару круглосуточного пребывания и по дневным стационарам всех типов в разрезе КСГ, профилям и ВМП осуществляется на портале в соответствующих разделах, а именно:
 - **КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/помощь в стационаре круглосуточного (дневного) пребывания/планирование по КСГ;**
 - **КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/помощь в стационаре круглосуточного (дневного) пребывания/планирование по длительности;**
 - **КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/помощь в стационаре круглосуточного (дневного) пребывания/планирование по ВМП.**
2. При вводе объемов по КСГ и по профилям (планирование по длительности) количество госпитализаций должно равняться количеству КСГ утвержденных Комиссией по разработке ТПОМС.
3. На портал должны быть внесены все ____ позиций КСГ утвержденных тарифным соглашением, т.е. при отсутствии запланированных объемов по КСГ в поле количество проставляется нулевое значение.
4. Ввод данных по КСГ осуществляется по следующему алгоритму:
 - На первом этапе МО осуществляется ввод общего количества КСГ (если данное КСГ не запланировано, то позиция вводиться с нулевой суммой);
 - На втором этапе МО осуществляется месячную разбивку введенных КСГ. Месячная разбивка осуществляется одномоментно, по всем видам КСГ без сохранения промежуточных итогов. Запрещается производить разбивку части запланированных КСГ с последующим переходом на следующий этап ввода. При несоблюдении данного условия введенные данные не будут сохранены системой;
 - На третьем этапе МО проводят визуальный контроль квартального распределения (финансовый план обнулен);
 - На четвертом этапе МО проводят распределение введенных КСГ по СМО через ввод удельных весов по каждому КСГ;
 - На пятом этапе МО проводят визуальный контроль разбивки по СМО;
 - На шестом этапе МО направляет на рассмотрение сформированное распределение в ТФОМС РК (с момента направления возможность ввода данных и корректировка блокируется).
5. Ввод данных при планировании по длительности в разрезе профилей
 - Ввод общего количества койко-дней, госпитализаций, количество развернутых коек, среднего койко-дня, работы койки в году(2 знака после запятой);
 - Помесячная разбивка количества койко-дней (количество выписанных больных считается автоматически);
 - Визуальный контроль квартального распределения (финансовый план обнулен);
 - Распределение введенных объемов по СМО через ввод удельных весов;
 - Визуальный контроль разбивки по СМО;
 - Направление на рассмотрение плановых заданий в ТФОМС РК (с момента направления возможность ввода данных и корректировка блокируется).
6. Ввод данных при планировании в разрезе ВМП:

- Ввод общего количества госпитализаций по ВМП с учетом профиля койки, вида ВМП и метода лечения;
- Помесячная разбивка количества госпитализаций по ВМП;
- Визуальный контроль поквартального распределения (финансовый план обнулен);
- Распределение введенных объемов по СМО через ввод удельных весов;
- Визуальный контроль разбивки по СМО;
- Направление на рассмотрение плановых заданий в ТФОМС РК (с момента направления возможность ввода данных и корректировка блокируется).

VIII. Корректировка планового задания.

1. Корректировка планового задания после его утверждения Комиссией осуществляется в том же разделе что и его первоначальный ввод (раздел «КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ»).
2. При выборе вида медицинской помощи появляется последнее утвержденное плановое задание по соответствующему виду медицинской помощи, которое можно корректировать, нажав кнопку «продолжить корректировку».
3. Для направления корректировки необходимо пройти все этапы ввода, предусмотренные пунктом №6 текущего раздела.
4. Корректировка на запрашивает план утвержденный Комиссией по ТПОМС и вступает в силу только после ее утверждения.
5. После утверждения корректировок Комиссией оператор фонда в автоматическом режиме производит актуализацию плановых заданий. В процессе актуализации происходит внесение изменений в плановые задания (пересчет по утвержденным корректировкам).
9. Просмотр планового задания после момента его утверждения и привязки к Протоколу Комиссии по разработке ТПОМС происходит в разделе ПРОСМОТР ПЛАНОВЫХ ЗАДАНИЙ/Просмотр утвержденных плановых заданий. В данном разделе оператор имеет возможность выбрать все варианты плановых заданий которые были утверждены в течении текущего периода. Выбор осуществляется при помощи фильтров, года, протокола комиссии, вида медицинской помощи. В данном разделе предусмотрена возможность выгрузки плановых заданий.
7. Пункты 7-14 так же справедливы для разделов III-VII.

IX. Раздел. «Ввод тарифов и расчет финансового плана».

1. Для расчета финансового обеспечения запланированных объемов медицинской помощи, медицинские организации осуществляют ручной ввод тарифов на Портал ТФОМС в раздел ТАРИФЫ.
2. Ввод тарифов осуществляется на основании Тарифного соглашения утвержденное Комиссией по разработке ТПОМС.
3. Ввод тарифов осуществляется по введенным ранее:
 - численностью прикрепленного населения (см. раздел I пункты 7-10);
 - объемами медицинской помощи в разрезе видов, условий оказания, специальностей, профилей, декретированных групп диспансеризации, медицинских услуг, ВМП и КСТ.
4. При отсутствии объемов по описанным в пункте 3 раздела VIII единицам измерения медицинской помощи опция ввода тарифов не доступна.

5. После введения тарифов и направления их на рассмотрение в Фонд система автоматически блокирует опцию внесения изменений тарифов. Для снятия блокировки в целях исправления ошибок МО необходимо обратиться к специалистам ответственным за работу с Порталом ТФОМС РК.
6. После проверки правильности введенных тарифов и их согласовании оператором фонда, система производит автоматический расчет финансового плана.
7. Пересчет финансового плана производится без корректировки данных в периоде предшествующему месяцу корректировки.
8. При наличии ошибки в введенных тарифах оператор фонда производит их корректировку в соответствии с действующим тарифным соглашением.
9. При внесении изменений в тарифное соглашение ответственный специалист медицинской организации вводит уточненные значения тарифов с месяца действия, утвержденного решением Комиссии по разработке ТПОМС, и направляет их на рассмотрение оператору фонда.
10. После проверки правильности уточненных тарифов и их согласовании оператором фонда, система производит автоматический пересчет финансового плана.
11. Ввод тарифов на единицу объема запланированной медицинской помощи осуществляется:
 - По АПУ вводятся тарифы в разрезе целей за посещение и обращения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии с приложением № ____ к Тарифному соглашению.
Тарифы по специализностям, включенным в подшеювой норматив на прикрепленное население не вводятся. Позиции по специализностям включенным в подшеювой норматив направляются в ТФОМС с нулевым значением.
 - По КСГ в условиях круглогодичного стационара – медицинские организации вводят базовый тариф, коэффициент дифференциации, коэффициент уровня медицинской организации в соответствии с приложением № ____ к Тарифному соглашению. Коэффициент затратоемкости и коэффициент сложности курации для КСГ, установленных тарифным соглашением, вводятся специалистом ТФОМС РК. На основании введенных данных стоимость законченного случая по запланированным КСГ рассчитывается автоматически.;
 - По КСГ в условиях дневных стационаров всех типов - медицинские организации вводят базовый тариф, коэффициент дифференциации, коэффициент уровня медицинской организации в соответствии с приложением № ____ к Тарифному соглашению. Коэффициент затратоемкости и коэффициент сложности курации для КСГ установленных тарифным соглашением вводятся оператором ТФОМС РК. На основании введенных данных стоимость законченного случая по запланированным КСГ рассчитывается автоматически.;
 - По диспансеризации - медицинские организации вводят стоимость законченного случая по декретированной группе в соответствии с приложением № ____ к Тарифному соглашению.
 - По ОВЛ – медицинские организации вводят стоимость законченного случая в соответствии с приложением № ____ к Тарифному соглашению;
 - По медицинским услугам - медицинские организации вводят стоимость услуги в соответствии с приложением № ____ к Тарифному соглашению;
 - По скорой помощи - медицинские организации оставляют нулевое значение в поле стоимости вызова.

Х. Раздел. «Работа с отчетами».

1. Полный план-фактный анализ

1. Функция просмотра сформированного полного план-фактного анализа реализована в разделе «Отчеты/план-фактный анализ/полный»;

2. Сокращенный план-фактный анализ

1. Функция просмотра сформированного сокращенного план-фактного анализа реализована в разделе «Отчеты/план-фактный анализ/сокращенный»;
2. Оператор МО может просмотреть план-фактный анализ за определенный период, соответствующий конкретному Протоколу Комиссии по разработке ТПОМС, по всем медицинским организациям (или отдельно по каждой медицинской организации) используя фильтр и нажав кнопку «Просмотр».

3. Форма № 14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС» (далее – Форма 14-Мед)

1. Функция загрузки формы 14-Мед реализована в разделе «Отчеты/Формы федеральной отчетности/14Мед/Загрузка»; Для загрузки отчетных форм 14 Мед, поступивших от медицинских организаций в формате Excel;
2. Для загрузки файла необходимо нажать на кнопку «Выберите файл», выбрать загружаемый файл нажать на кнопку «Загрузить»;
3. Для просмотра истории загрузок, необходимо выбрать год и наименование медицинской организации;
4. Для просмотра загруженных данных, необходимо в таблице «История загрузок» найти требуемый файл и нажать на ссылку Просмотр данных;
5. Функция проверки формы 14-Мед (сверка фактических данных формы 14-Мед соответствующей медицинской организации с утвержденными плановыми заданиями) реализована в разделе «Отчеты/Формы федеральной отчетности/14Мед/1полугодие или год»;
6. Входе проверки происходит сверка показателей формы 14 Мед и утвержденных плановых заданий за определенный период. Для сравнения должны браться значения планового задания (объемы, стоимость) соответствующие периоду проверяемой формы:
Форма 14 Мед за 1 полугодие – сравнение с плановыми заданиями утвержденными до 31 (30) июня т.г. включительно;
Форма 14 МЕД за год – сравнение с плановыми заданиями утвержденными до 31 декабря т.г. включительно.