

Порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории Оренбургской области, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Оренбургской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» и финансируемым по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц

1. Общие положения

1.1. Порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории Оренбургской области, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Оренбургской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» и финансируемым по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц (далее – медицинские организации) (далее – Порядок) регулирует вопросы взаимодействия участников ОМС при прикреплении и учете граждан, застрахованных по ОМС на территории Оренбургской области (далее – застрахованные лица) по профилю «стоматология».

1.2. Действие настоящего Порядка не распространяется на отношения по выбору медицинской организации лицами, застрахованными на территории других субъектов Российской Федерации, имеющими право на получение первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология», оплачиваемой по клинико-статистическим группам заболеваний при осуществлении территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области (далее – ТФОМС) межтерриториальных расчетов.

1.3. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в

полном объеме до достижения совершеннолетия – его родителями или другими законными представителями), путем обращения в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», с заявлением о выборе медицинской организации (далее – **выбор/замена медицинской организации по заявлению**).

1.4. Для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» застрахованные лица имеют право осуществить выбор/замену медицинской организации по заявлению, но **не чаще одного раза в год** (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) с даты регистрации предыдущего заявления о выборе медицинской организации в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Оренбургской области (далее – РС ЕРЗЛ).

1.5. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», осуществляет учет лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) и прикрепленных к ней по заявлениям (взрослое и/или детское население), и несет ответственность перед страховыми медицинскими организациями и ТФОМС за недостоверность информации о прикреплении застрахованных лиц.

1.6. Настоящий Порядок вводится в действие с 1 января 2020 года и действует весь период применения в системе обязательного медицинского страхования на территории Оренбургской области способа оплаты первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

2. Особые положения

В связи с отсутствием на момент введения в действие настоящего Порядка в системе обязательного медицинского страхования Реестра прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» (далее – Реестр ПН по профилю «стоматология») по заявлениям, в целях организации оказания

медицинской помощи по профилю «стоматология» в период формирования Реестр ПН по профилю «стоматология», соблюдения преемственности способов оплаты медицинской помощи, сохранения финансовой устойчивости медицинских организаций, а также недопущения нарушения прав застрахованных лиц на доступную и качественную медицинскую помощь по профилю «стоматология» вводится переходный период (до достижения целевого показателя численности застрахованных на территории области лиц, осуществивших по заявлениям выбор/замену медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» и применяющей способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, равного **90%** от численности всех застрахованных лиц по данным РС ЕРЗЛ).

На период действия переходного периода в системе ОМС Оренбургской области в рамках взаимодействия участников, организующих прикрепление застрахованных лиц, учет прикрепленного населения, вводятся следующие термины и понятия:

– **Базовое прикрепление застрахованного лица (БПЗЛ)** – персонифицированное прикрепление к медицинским организациям, оказывающим в системе ОМС первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», осуществленное ТФОМС по данным реестров счетов на оплату медицинской помощи по профилю «стоматология» за период 2015-2019 годов по состоянию на 1 ноября 2019 года – без заявления застрахованного лица, независимо от места его фактического проживания и прикрепления к медицинской организации по терапевтическому признаку.

БПЗЛ, при наличии в указанный период времени одного и более обращений по профилю «стоматология», подлежащих оплате по ОМС, осуществляется ТФОМС по следующему алгоритму:

1 этап. При наличии одного или нескольких обращений в одну медицинскую организацию – прикрепление производится к медицинской организации, в которую обращался гражданин.

2 этап. При наличии равного количества обращений в две и более медицинских организаций (1/1, 2/2, 3/3 и т.д.) – прикрепление производится к медицинской организации, одно из обращений в которую осуществлено гражданином в ближайшую к 1 ноября 2019 года дату.

3 этап. При наличии неравного количества обращений в две или более медицинских организации (1/2, 1/1/2, 1/3, 1/3/1 и т.д.) – прикрепление гражданина производится к медицинской организации, в которую совершено наибольшее количество обращений.

Персонифицированные списки застрахованных лиц, в отношении которых было осуществлено базовое прикрепление, направляются ТФОМС в срок до 1 января 2020 года по защищенным каналам деловой почты VipNet .

Данные списки являются основой формирования в каждой медицинской организации базы застрахованных лиц для оказания им медицинской помощи по профилю «стоматология», учета движения застрахованных лиц, объектом контроля со стороны страховых медицинских организаций и ТФОМС, а также базой для ежемесячного расчета ТФОМС дифференцированных подушевых нормативов на амбулаторно-поликлиническую помощь по профилю «стоматология».

– **Условное прикрепление застрахованного лица (УПЗЛ)** – неперсонифицированное (количественное) прикрепление к медицинским организациям, оказывающим в системе ОМС первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», лиц из РС ЕРЗЛ, не вошедших в Реестр прикрепленных по базовому прикреплению застрахованных лиц по профилю «стоматология».

Данное прикрепление осуществляется ТФОМС с 1 января 2020 года по следующему алгоритму:

1 этап. Определяется перечень медицинских организаций, имеющих право на осуществление в текущем году медицинской деятельности по программе ОМС по профилю «стоматология» в соответствующем муниципальном образовании (исходя из муниципального устройства в области образовано 13 городских округов

и 29 муниципальных районов) в разрезе детского и взрослого населения (включение в реестр медицинских организаций на текущий календарный год, а также наличие соответствующих лицензий на оказание стоматологической помощи взрослому и/или детскому населению).

2 этап. Определяется численность застрахованных лиц, прикрепленных по терапевтическому признаку к какой-либо медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность по программе ОМС в соответствующем муниципальном образовании (городе, районе), которые в период с 1 января 2015 года по 31 декабря 2019 года не обращались в какую-либо медицинскую организацию Оренбургской области для оказания по ОМС первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология».

3 этап. При наличии в соответствующем муниципальном образовании (городе, районе) только одной медицинской организации, осуществляющей оказание первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» по ОМС, вся численность застрахованных, установленная на втором этапе алгоритма в обезличенном виде (без предоставления в медицинскую организацию их персональных данных), с учетом их половозрастного состава признается условно прикрепленной к данной медицинской организации по профилю «стоматология» (взрослая и/или детская).

4 этап. При наличии в соответствующем муниципальном образовании (городе, районе) двух и более медицинских организаций, осуществляющих оказание первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» по ОМС, – вся численность застрахованных, установленная на втором этапе алгоритма в обезличенном виде (без предоставления в медицинскую организацию их персональных данных), распределяется в долях половозрастного состава, кратных соответствующим суммарным долям по половозрастному составу населению, прикрепленному по профилю «стоматология» иными способами (базовому и по заявлениям), между всеми медицинскими организациями, установленными в муниципальных образованиях области на первом этапе алгоритма.

Полученная в результате реализации третьего или четвертого этапа данного алгоритма численность признается условно прикрепленной к конкретной медицинской организации по профилю «стоматология». УПЗЛ корректируется ежемесячно, по состоянию на первое число месяца, следующего за отчетным, на основании полученной от медицинских организаций области информации о прикреплении застрахованных лиц по профилю «стоматология» по заявлениям. Численность УПЗЛ, численность БПЗЛ и/или включенных в Реестр ПН по профилю «стоматология» по заявлениям включается ТФОМС в ежемесячный расчет (с учетом половозрастных групп, определенных Тарифным соглашением в системе ОМС на соответствующий период) дифференцированных подушевых нормативов на амбулаторно-поликлиническую помощь по профилю «стоматология» (взрослая и/или детская).

Учет, обработка и контроль персонифицированного движения застрахованных, вошедших в численность УЗПЛ по профилю «стоматология» осуществляется ТФОМС (в полном объеме) и соответствующими страховыми медицинскими организациями (в отношении застрахованных ими лиц из данной численности).

Основной целью переходного периода является формирование (начиная с 1 января 2020 года) Реестра ПН по профилю «стоматология» (в разрезе взрослого и детского населения) по заявлениям. Переход на ведение данного Реестра осуществляется постепенно, путем исключения застрахованных лиц из БПЗЛ или УПЗЛ в связи с оформлением ими заявлений о прикреплении к медицинской организации, выбранной при первом обращении за стоматологической помощью в 2020 году или последующих годах.

3. Взаимодействие медицинских организаций, страховых медицинских организаций и ТФОМС при прикреплении застрахованных граждан и их учете

3.1. Заявление о выборе/замене медицинской организации подается застрахованным лицом или его представителем на имя руководителя медицинской организации по формам (приложения 1-2).

3.2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов, указанных в пункте 5 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

3.3. При осуществлении выбора/замены медицинской организации на основании заявления застрахованное лицо должно быть ознакомлено медицинской организацией с режимом работы и порядком организации медицинской помощи в неотложной и плановой формах, а также порядком его направления в другие медицинские организации для оказания ему бесплатно первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

3.4. Медицинская организация обязана проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным только к одной медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология».

По результатам информирования застрахованного лица оформляется «Информированное согласие застрахованного лица с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» при выборе медицинской организации» по форме (приложение 3).

3.5. Медицинская организация, в которую поступило заявление застрахованного лица, в день принятия руководителем медицинской организации решения о прикреплении застрахованного лица:

3.5.1. осуществляет сканирование (светокопирование) и сохранение в бумажном и электронном виде подписанного руководителем медицинской организации заявления застрахованного лица о выборе медицинской организации;

3.5.2. посредством имеющегося информационного ресурса (ЕГИСЗ или иного) формирует в электронном виде (с обязательным приложением сканированной копии поданного заявления на прикрепление) и в течение семи рабочих дней с даты подачи заявления направляет запрос в ТФОМС для установления (проверки) страховой принадлежности застрахованного лица и факта прикрепления по профилю «стоматология» ранее по заявлению к какой-либо медицинской организации;

3.5.3. после получения от ТФОМС уведомления, исходя из его результата, информирует застрахованное лицо (лично или посредством электронной связи, СМС-оповещения, иного способа) о дате прикрепления на основании заявления застрахованного лица к медицинской организации на медицинское обслуживание по профилю «стоматология» или об отказе в прикреплении (при наличии в Реестре ПН по профилю «стоматология» информации о прикреплении застрахованного лица к другой медицинской организации по заявлению, зарегистрированному в Реестре ПН по профилю «стоматология» по заявлениям менее одного года назад (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания застрахованного лица)) с указанием в заявлении в качестве мотивированной причины отказа: «Имеется прикрепление по заявлению к другой медицинской организации менее года».

3.6. ТФОМС в рамках информационного взаимодействия по вопросам прикрепления застрахованных граждан к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», их учета и контроля:

- является администратором персонифицированного Реестра ПН по профилю «стоматология» в разрезе лиц, прикрепленных по заявлению, по базовому и условному принципам;

- ежедневно, в режиме реального времени, осуществляет рассмотрение запросов, поступающих от медицинских организаций по защищенным каналам деловой почты VipNet (сформированным в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия) на возможность прикрепления застрахованных

лиц к медицинской организации по профилю «стоматология», по результатам которого уведомляет о прикреплении/отказе в прикреплении медицинскую организацию, направившую запрос, и, при согласовании прикреплении, уведомляет медицинскую организацию, к которой ранее было прикреплено застрахованное лицо (при прикреплении ранее по заявлению или базовому принципу) о снятии застрахованного лица с прикрепления по «стоматологии»;

– обеспечивает своевременность внесения сведений, полученных по различным информационным каналам межведомственного взаимодействия (актуализацию Реестра ПН по профилю «стоматология»), и информирование соответствующих медицинских организаций по смене застрахованным лицом территории страхования и/или о законном выборе застрахованным лицом медицинской организации на территории другого субъекта Российской Федерации; смерти застрахованного лица; прекращении/приостановке страхования лица по ОМС (например, в связи с обретением им статуса военнотружущего или приравненного к нему лица и т.д.);

– ежемесячно, по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным, осуществляет расчет дифференцированных подушевых нормативов на оплату медицинской помощи по профилю «стоматология» медицинских организаций (в разрезе страховых медицинских организаций, исходя из половозрастного состава прикрепленного к ним по каждому из критериев в соответствии с настоящим Порядком застрахованных по ОМС лиц на территории Оренбургской области.

Приложение 1
к Порядку прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории Оренбургской области, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц

Руководителю

_____ (наименование медицинской организации)

от гр. _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

Телефон: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ №
о выборе медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»**

Я, _____, (фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____
(число, месяц, год) (нас. пункт, район, область, страна)

Гражданство _____, пол: мужской / женский
(нужное подчеркнуть)

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» к _____

_____ (полное наименование медицинской организации)

полис обязательного медицинского страхования (вр. свидетельство) № _____

_____ (наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован на момент подачи заявления)

паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ № _____, выдан _____ . 20 ____ г.

адрес регистрации: _____
(наименование органа, выдавшего документ)

место фактического пребывания: _____

_____ (при совпадении с адресом регистрации, указывается ТОТ-ЖЕ)

– ранее был прикреплен к медицинской организации по профилю «стоматология» к

_____;
(наименование медицинской организации)

– не был прикреплен / не знаю (нужное подчеркнуть)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

_____.20 г.

(подпись заявителя)

_____.20 г. ____ ч ____ м

(дата и время регистрации МО заявления)

(подпись должностного лица МО)

=====

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с «__» _____ 20 __ года. _____.

Отказать в прикреплении в связи с _____.

_____.20 г.

М.п.

(подпись и рашифровка подписи руководителя или уполномоченного лица)

=====

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки _____.20 г.

Получил копию заявления _____ (подпись и рашифровка подписи заявителя)

Приложение 2

к Порядку прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории Оренбургской области, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц

Руководителю

_____ (наименование медицинской организации)

от гр. _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

Телефон: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ №
о выборе медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»**

Я, _____, _____, _____
(фамилия, имя, отчество)
прошу прикрепить гражданина _____, _____
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, _____, _____, место рождения _____
(число, месяц, год) (нас. пункт, район, область, страна)

Гражданство _____, пол: мужской / женский (нужное подчеркнуть)
представителем которого я являюсь: _____
основание (несовершеннолетний ребенок; недееспособность; попечительство и т.д.)

_____ (документ, подтверждающий право представителя)
для оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» к _____
_____ (полное наименование медицинской организации)

полис обязательного медицинского страхования (вр. свидетельство) № _____
_____ (наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован на момент подачи заявления)

паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ № _____, выдан _____ . _____ 20 ____ г.
_____ (наименование органа, выдавшего документ)

адрес регистрации прикрепляющегося: _____

место фактического пребывания: _____
_____ (при совпадении с адресом регистрации, указывается ТОТ-ЖЕ)

– ранее был прикреплен к медицинской организации по профилю «стоматология» к

(наименование медицинской организации)

– не был прикреплен / не знаю (нужное подчеркнуть)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» и согласие на использование персональных данных представляемого мною лица при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

_____.20 ____ г.

(подпись заявителя)

_____.20 ____ г. ____ ч ____ м

(дата и время регистрации МО заявления)

(подпись должностного лица МО)

=====

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « ____ » _____ 20 ____ года. _____ .

Отказать в прикреплении в связи с _____ .

_____.20 ____ г.

М.п. _____
(подпись и рашифровка подписи руководителя или уполномоченного лица)

=====

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки _____.20 ____ г.

Получил копию заявления _____ (подпись и рашифровка подписи заявителя)

Приложение 3

к Порядку прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории Оренбургской области, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Оренбургской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» и финансируемым по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц

Информированное согласие с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» при выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)
дата рождения « _____ » _____ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-специалистов и количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи по профилю «стоматология» в неотложной и плановой формах, в том числе порядок получения направления в другие медицинские организации для оказания мне бесплатно первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации.

_____.20 ____ г.
(дата согласия)

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. сотрудника МО, проводившего информирование)

Председатель комиссии Савинова Т.Л.



Члены Комиссии:

Афанасьев П.Ю.



Лаптев В.И.



Варавва Л.Б.



Малая Т.В.



Варламов О.А.



Марковская В.В.



Васильева Т.В.



Рубцова И.В.



Гречихина С.В.



Суханова Ю.Н.



Дёмин Д.Б.



Чевычалова С.А.



Дурченков Д.К.



Чолоян С.Б.



Зверев А.Ф.



Шатилов А.П.

