

Приложение 1 к протоколу №29
заседания Комиссии по ТП ОМС
от 29.12.2015г.

РЕГЛАМЕНТ
оплаты медицинской помощи
при реализации программы обязательного
медицинского страхования на 2016 год

г.Оренбург

1. Общие положения

1.1 Регламент оплаты медицинской помощи при реализации программы обязательного медицинского страхования на 2016 год (далее – Регламент) подготовлен в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Приказом МЗ и СР РФ от 28.02.2011г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".

Регламент регулирует вопросы взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи в рамках программы ОМС.

1.2 Основные понятия и сокращения, используемые в рамках данного Регламента

Застрахованное население – застрахованные в Оренбургской области граждане.

Прикрепленное население – застрахованные в Оренбургской области граждане, реализовавшие свое право на выбор медицинской организации для оказания медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством.

Информационный обмен данными о прикрепленном населении в системе ОМС Оренбургской области осуществляется в соответствии с приказом МЗиСР РФ от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС.

Неприкрепленное население - застрахованные в Оренбургской области граждане, не реализовавшие свое право на выбор медицинской организации.

МО-балансодержатель – медицинская организация (в значении, определенном в федеральных законах «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), в отношении которой застрахованные граждане реализуют свое право выбора медицинской организации.

Заказанная амбулаторная услуга – законченный случай оказания амбулаторной помощи вне МО-балансодержателя, тарифицированный в Генеральном тарифном соглашении в системе ОМС, и оплаченный за счет балансодержателя.

Заказчик амбулаторной услуги - МО-балансодержатель, заказавший медицинскую услугу исполнителю медицинской услуги.

Исполнитель амбулаторной услуги – медицинская организация, оказавшая медицинскую услугу по направлению МО-балансодержателя или без направления в случаях, предусмотренных настоящим порядком.

Раздел, блок или признак объемов предоставления медицинской помощи (в рамках Регламента) - признак объемов предоставления помощи,

характеризующий алгоритм их формирования. Различается разделы: «муниципальные функции» (МУН) и межрайонные функции (МРФ). Объемы по муниципальным функциям определяются нормативным путем в зависимости от численности проживающих и прикрепленных застрахованных в том или ином муниципальном образовании. Объемы межмуниципальных функций – это объемы медицинской помощи, которая оказывается централизованно, например, в областных больницах, первичных сосудистых отделениях, межмуниципальных центрах и пр.

ГТС – Генеральное тарифное соглашение

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОПМП – объемы предоставления медицинской помощи

ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования

Комиссия по ТП ОМС – Комиссия по разработке территориальной программы ОМС

МО – медицинская организация

СМО – страховая медицинская организация

МРФ – межрайонные функции (применяется для идентификации объемов помощи и тарифов)

МУН – муниципальные функции (применяется для идентификации объемов помощи и тарифов)

ТФОМС – территориальный фонд ОМС

2. Основные принципы оплаты медицинской помощи с учетом выполнения установленных Комиссией по ТП ОМС объемов предоставления медицинской помощи

2.1 Оплата медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на основании реестров счетов по форме, утвержденной Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС.

Реестры счетов формируются и предъявляются на оплату отдельно по следующим блокам медицинской помощи:

- медицинская помощь в рамках программы ОМС, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения

- высокотехнологичная медицинская помощь

- медицинская помощь по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних (в т.ч. детей-сирот) и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения в соответствии с порядками Министерства здравоохранения РФ (приказы МЗ РФ от 03.02.2015 №36н, от 06.12.2012 №1011н, от 21.12.2012 №1346н, от 15.02.2013 №72н, от 11.04.2013 №216н).

Страховые медицинские организации, получив реестры счетов от медицинских организаций, проводят их медико-экономический контроль

(МЭК) в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», рекомендуемым ТФОМС алгоритмом проведения МЭК и направляют в адрес медицинских организаций акты медико-экономического контроля в срок не позднее 5 рабочих дней от последнего дня сдачи реестров счетов. Табличная форма акта МЭК утверждается Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС.

Одновременно с актами МЭК в медицинские организации направляется Уведомление об оплате медицинской помощи, форма которого утверждается Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС.

2.2 Объем предоставления помощи устанавливается на год с поквартальной разбивкой по каждому разделу. При отсутствии ходатайств медицинских организаций поквартальная разбивка осуществляется равными долями.

Объемы предоставления медицинской помощи в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических осмотров взрослого населения и медицинских осмотров несовершеннолетних поквартально распределяются с учетом планов-графиков Министерства здравоохранения области.

2.3 Оплата производится за фактически выполненные объёмы в пределах утвержденного на квартал лимита.

Учет выполнения объемов предоставления медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи и амбулаторной помощи, объемы которой рассчитаны по подушевому принципу для МО-балансодержателей) осуществляется по суммам счетов, принятых к оплате страховыми медицинскими организациями в разрезе:

- видов медицинской помощи
- условий предоставления медицинской помощи: поликлиника, дневной стационар, стационар (с выделением медицинской реабилитации);
- разделов ОПМП в амбулаторных условиях: диспансеризация I этап и профилактические осмотры, диспансеризация II этап, медицинские осмотры несовершеннолетних, заболевания (состояния), центры здоровья;
- признаков объемов предоставления помощи (муниципальные функции «МУН» или межмуниципальные функции «МРФ»);
- профилей помощи (проверки соответствия им) при выполнении объемов предоставления медицинской помощи по разделу «МРФ»;
- профилей высокотехнологичной помощи.

Объемы оказанной медицинской помощи, превышающие квартальный лимит, отклоняются от оплаты в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» по основанию 5.3.2 «Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной

программ».

Отклоненные от оплаты по вышеуказанному основанию (5.3.2) случаи не могут быть включены в доработанные по результатам медико-экономического контроля реестры счетов. Их оплата может быть осуществлена только в порядке, предусмотренном пунктами 2.5-2.7 настоящего Регламента.

В течение года при сопоставлении объемов выполнения помощи с квартальными лимитами оплате подлежат только полные законченные случаи, в результате чего допустимо отклонение суммы оплаты помощи от утвержденного на квартал лимита (недоплата) в размере, не превышающем минимальную стоимость случая из числа отклоненных от оплаты.

При подведении итогов за год один из случаев примет статус частично оплаченного.

2.4 Учет выполнения объемов предоставления помощи осуществляется за периоды 3, 6, 9 и 12 месяцев нарастающим итогом.

2.5 При подведении итогов за 6, 9 и 12 месяцев в случае невыполнения медицинскими организациями объемов предоставления помощи в одном квартале и наличии объемов помощи, отклоненных от оплаты по основанию 5.3.2 - в другом квартале, отклоненные объемы подлежат оплате без выставления медицинскими организациями дополнительных (повторных) счетов, на сумму, не превышающую сумму невыполнения.

Оплата помощи по результатам подведения итогов осуществляется одновременно с оплатой реестров счетов последнего месяца отчетного квартала.

2.6 Страховой медицинской организацией из числа отклоненных от оплаты по основанию 5.3.2 случаев оказания стационарной помощи может быть осуществлена приоритетная оплата случаев оказания экстренной помощи, родов, а также высокотехнологичной медицинской помощи за счет лимитов следующего квартала (параллельно с оплатой реестров счетов первого, и, при необходимости, второго месяцев квартала в пределах 50% (в каждом месяце) от квартального лимита без выставления медицинскими организациями дополнительных (повторных) счетов

2.7. По результатам проведения процедур «Подведение итогов» или «Приоритетная оплата» страховыми медицинскими организациями формируется и направляется для подписания в медицинские организации «Уведомление об оплате медицинской помощи по результатам проведения процедур «Подведение итогов» или «Приоритетная оплата» из числа позиций, ранее отклоненных от оплаты по основанию 5.3.2 за период 2016 года», форма которого утверждается Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС.

2.8 Медицинскими организациями в течение календарного года может быть предъявлена на оплату в страховые медицинские организации медицинская помощь, оказанная в периодах текущего года, предшествующих отчетному, не более одного раза за каждый месяц. В этих случаях медицинские организации формируют дополнительные счета за период оказания помощи и предоставляют его на оплату вместе со счетами за отчетный период.

2.9 Случаи оказания медицинской помощи, предъявленные на оплату в страховые медицинские организации в соответствии с п.2.8. настоящего решения не могут быть отклонены от оплаты по основанию 5.1.6 «Дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты» в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

2.10 Объемы медицинской помощи, предъявленные на оплату дополнительно (за прошедший период), зачитываются в выполнение объемов предоставления помощи текущего периода независимо от даты оказания помощи.

2.11 Объемы медицинской помощи, отклоненные от оплаты по результатам МЭК и предъявленные на оплату повторно с учетом исправлений (исправительные счета), подлежат оплате в сроки, не превышающие сроки оплаты реестров счетов следующего отчетного периода.

2.12 Для медицинских организаций – балансодержателей объемом предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях в понимании п.10 ст.36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" является сумма финансирования АП, рассчитанная в соответствии с пп.3.2.2 настоящего Регламента.

2.13 Для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, для которых Комиссией по ТП ОМС не устанавливается объем предоставления медицинской помощи, объемом предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях в понимании п.10 ст.36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" является фактический объем выполненных и оплаченных страховыми медицинскими организациями заказанных амбулаторных услуг.

3. Порядок оплаты амбулаторно-поликлинической помощи

3.1 Для целей настоящего Регламента под заказанной амбулаторной услугой понимается законченный случай оказания амбулаторной помощи, тарифицированный в Генеральном тарифном соглашении в системе ОМС, вне МО-балансиодержателя по его направлению или без направления в случаях оказания экстренной и неотложной помощи, стоматологической помощи, помощи по специальности «акушерство-гинекология» (включая наблюдение в период беременности), дерматовенерология, а также помощи, оказанной неприкрепленному населению в следующих случаях:

- плановая амбулаторная помощь, в том числе профилактическая, застрахованным гражданам, осуществившим свое право выбора медицинской организации в течение месяца, но учтенным в реестре прикрепленного населения другой медицинской организации на первое число этого месяца. В данном случае заказчиком услуги, за счет средств которого будет оплачена эта заказанная амбулаторная услуга, является медицинская организация

предыдущего прикрепления, где застрахованный числился на первое число отчетного месяца, а исполнителем услуги – медицинская организация, которую выбрал застрахованный после первого числа отчетного месяца.

- амбулаторная услуга, оказанная по направлению МО-балансодержателей в областных больницах, межмуниципальных центрах (т.е. медицинских организациях, имеющих утвержденные объемы помощи для оказания консультативной помощи) врачами-специалистами в случае отсутствия у МО-балансодержателя специалистов при выполнении помощи муниципального уровня.

- случай проведения диспансеризации (динамического наблюдения) больных с онкологическими заболеваниями в онкологических диспансерах и в государственных учреждениях здравоохранения 2-го и 3-го уровней, имеющих в структуре специализированные онкологические отделения, в случае отсутствия у МО-балансодержателя специалистов – онкологов.

- неотложная помощь, оказанная бригадами скорой медицинской помощи в часы работы поликлиник по неотложным поводам, перечень которых утвержден распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области от 14.10.2014 №2292, а также помощь, оказанная средним медицинским персоналом, в том числе в ФАП, по неотложным поводам.

3.2 Оплата амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу финансирования

Расчет суммы финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи (АП) по подушевому принципу осуществляется в разрезе медицинских организаций – балансодержателей и страховых медицинских организаций ежемесячно.

Для расчета суммы финансирования АП ($CA_{\text{мо / смо}}$) на очередной месяц принимаются данные о численности и половозрастном составе прикрепленного населения по состоянию на 1 число соответствующего месяца и дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи, утвержденные Генеральным тарифным соглашением в системе ОМС на 2016 год (далее – Генеральное тарифное соглашение, ГТС).

Расчет осуществляется по формуле:

$$CA_{\text{мо / смо}} = (\sum \text{Ч}_i * \text{ПНА}_i) * K_{\text{упр}} * K_{\text{бал}} / 12,$$

где

Ч_i – численность прикрепленного к МО-балансодержателю населения i -той половозрастной группы;

ПНА_i – дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи i -той половозрастной группы;

$K_{\text{бал}}$ – балансирующий коэффициент для приведения в соответствие расчетного среднедушевого размера средств (полученного с учетом

ежемесячной актуализации численности и половозрастного состава прикрепленного населения) и утвержденной базовой ставки ($C_{\text{баз}}$).

$K_{\text{упр}}$ – управленческий коэффициент, который может применяться по решению Комиссии при расчете сумм финансирования АП с учетом таких факторов влияния на уровень затрат на оказание амбулаторной помощи, как низкая численность и плотность населения, доля населения, обслуживаемого ФАПами, и прочие. Управленческие коэффициенты устанавливаются Генеральным тарифным соглашением.

Сумма финансирования АП рассчитывается территориальным фондом ОМС и утверждается Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

3.2.1 В безусловном порядке в МО-балансодержатель подлежат направлению средства гарантированной части суммы финансирования АП.

Средства премиальной части в полном объеме или частично направляются в медицинскую организацию в случае достижения количественно-качественных целевых показателей при оказании амбулаторно-поликлинической помощи в соответствии с пп.1.4 Генерального тарифного соглашения.

Доля гарантированной и премиальной частей в общем объеме подушевого финансирования АП на 2015 год устанавливается в соотношении 90% и 10% соответственно.

3.2.2 Сумма финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи (АП), рассчитанная для медицинских организаций – балансодержателей (в разрезе СМО) по подушевому принципу считается объемом предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях в понимании п.10 ст.36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Годовым объемом предоставления помощи является сумма квартальных объемов, а квартальные объемы, в свою очередь, определяются:

в течение 1-го месяца квартала как трехкратный размер суммы финансирования АП 1-го месяца квартала;

в течение 2-го месяца квартала как сумма финансирования АП 1-го месяца квартала и двукратный размер финансирования АП 2-го месяца квартала;

в течение 3-го месяца квартала как сумма финансирования АП 1-го, 2-го и 3-го месяцев квартала;

по окончании квартала как фактическая сумма финансирования за квартал с учетом взаимных с другими МО корректировок по заказанным амбулаторным услугам.

Объемы помощи будущих кварталов определяются как трехкратный размер объема подушевого финансирования последнего месяца, предшествующего дате расчета.

3.2.3 Оплата амбулаторно-поликлинической помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании представленных медицинскими организациями реестров счетов, которые содержат следующие четыре раздела в амбулаторно-поликлиническом блоке:

- объемы амбулаторной помощи своему прикрепленному населению, включая стоматологическую помощь и ФАПы, а также помощь, оказанную бригадами скорой медицинской помощи в часы работы поликлиник по неотложным поводам (по перечню расп. МЗОО от 14.10.2014 №229) независимо от места прикрепления пациента (для МО-балансодержателей);

- объемы амбулаторной помощи населению, прикрепленному к другим МО-балансодержателям или неприкрепленным гражданам, за исключением стоматологической помощи (заказанные амбулаторные услуги);

- объемы стоматологической помощи населению, прикрепленному к другим МО-балансодержателям или неприкрепленным гражданам (заказанные амбулаторные услуги);

- объемы предоставления помощи, выведенные из подушевого механизма оплаты амбулаторной помощи в соответствии с пп.1.3.1 Генерального тарифного соглашения на 2016 год.

Для целей применения финансовых санкций по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в отношении случаев оказания помощи по данному блоку используются тарифы, утвержденные Генеральным тарифным соглашением в системе ОМС.

Все остальные объемы амбулаторной помощи, содержащиеся в реестре счетов, предъявляются на оплату по тарифам, утвержденным Генеральным тарифным соглашением в системе ОМС.

Страховые медицинские организации, получив реестры счетов от медицинских организаций, проводят их медико-экономический контроль (МЭК) в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и рекомендуемым ТФОМС алгоритмом проведения МЭК.

При этом в Акте МЭК по блоку «объемы амбулаторной помощи своему прикрепленному населению, включая стоматологическую помощь и ФАПы» отклоненные по различным основаниям от оплаты позиции отражаются без стоимости (т.е. не снижают сумму, подлежащую оплате).

После проведения МЭК СМО осуществляют расчеты по заказанным амбулаторным услугам (для МО-балансодержателей) и формируют документ «Уведомление об оплате амбулаторно-поликлинической помощи за _____ м-ц 2016г.» по форме, утверждаемой Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС. Основанием для уменьшения суммы финансирования АП, рассчитанной по подушевому принципу, является реестры счетов медицинских организаций – исполнителей амбулаторных услуг, ссылка на которые с указанием наименования исполнителей амбулаторных услуг содержится в уведомлении.

Уведомление направляется в медицинскую организацию – балансодержатель одновременно с актами медико-экономического контроля за отчетный период в срок не позднее 5 рабочих дней от последнего дня сдачи реестров счетов. В эти же сроки в обязательном порядке подлежат направлению МО-балансодержателю сведения об оказанной помощи

(заказанных услугах) в других МО в формате XML и расшифровка оснований для уменьшения (возврата) суммы финансирования амбулаторной помощи в формате Excel.

Формы «Расшифровка оснований для увеличения / возврата суммы финансирования амбулаторной помощи» утверждаются Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС.

В случаях, когда сумма для расчёта за заказанные в других медицинских организациях услуги превышает месячную сумму лимита подушевого финансирования МО-балансодержателя, страховая медицинская организация уменьшает для оплаты сумму, предъявленную балансодержателем за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную неприкреплённым для обслуживания пациентам. В случаях, когда и этой суммы недостаточно, расчёт за оказанные услуги может быть произведён за счёт снижения оплаты других видов помощи с отражением этой операции в Уведомлении.

Уведомление, подписанное руководителем СМО, направляется МО-балансодержателю одновременно с актом медико-экономического контроля и после его рассмотрения в срок, не превышающий 15 рабочих дней, подписывается руководителем медицинской организации и направляется в страховую медицинскую организацию.

В ситуациях, когда реестр счетов содержит случаи оказания амбулаторной помощи застрахованному, не идентифицированному по медицинской организации прикрепления, его оплату осуществляют СМО за счет целевых средств без уменьшения объема финансирования АП какого-либо МО-балансодержателя.

В случаях, когда застрахованный не идентифицирован по медицинской организации прикрепления, но при этом получает медицинскую помощь в медицинской организации – балансодержателе систематически (более двух законченных случаев в текущем году без учета объемов по вакцинопрофилактике, осуществляемой в соответствии с Национальным календарем прививок или по эпидемиологическим показаниям), страховая медицинская организация имеет право отклонить третий и последующие случаи оказания этому застрахованному помощи от оплаты, применив код штрафных санкций 5.7.4 в соответствии Приказом ФФОМС от 01.12.2010г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Для целей расчетов по заказанным амбулаторным услугам застрахованный гражданин считается прикрепленным к медицинской организации, в отношении которой он осуществил право выбора, в течение месяца, на первое число которого он был учтен в реестре прикрепленного населения, независимо от того, что в течение месяца он мог на законных основаниях реализовать свое право повторно.

Реестры счетов, представленные в СМО на оплату позже установленных договором сроков принимаются к оплате без учета суммы по блокам:

- объемы амбулаторной помощи населению, прикрепленному к другим МО-балансодержателям или неприкрепленным гражданам (за исключением стоматологической помощи);

- объемы стоматологической помощи населению, прикрепленному к другим МО-балансодержателям или неприкрепленным гражданам;

Оплата по данным разделам осуществляется с отсрочкой не более одного месяца, одновременно с оплатой реестров счетов следующего периода.

Медицинская организация в двухнедельный срок после получения уведомления вправе обратиться в страховую медицинскую организацию с ходатайством о проверке обоснованности предъявляемых на оплату реестров счетов МО-исполнителей амбулаторных услуг.

Страховая медицинская организация в срок, не превышающий одного календарного месяца с момента получения ходатайства, проводит медико-экономическую экспертизу.

При выявлении в ходе МЭЭ (плановой или по обращению МО-балансодержателя) случаев оказания помощи, являющихся заказанными услугами и необоснованно предъявленными на оплату, страховая медицинская организация применяет финансовые санкции в соответствии с перечнем санкций, утвержденных на соответствующий год Генеральным тарифным соглашением в системе ОМС:

- осуществляя удержание необоснованно предъявленной на оплату суммы, 70% которой подлежат возврату в МО - балансодержатель с отображением этой операции в Уведомлении, а 30% - пополняют собственные средства страховой медицинской организации (в соответствии со ст.28 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- налагая штрафы (код санкций 4.6 в части заказанных услуг) в размере 100% подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, 50% от которого СМО направляет на пополнение собственных средств, а в пределах оставшихся 50% - возвращает в МО-балансодержатель разницу, но не более 30% ранее удержанной стоимости помощи, с отображением этой операции в Уведомлении. Сумма штрафных санкций, оставшаяся после возврата разницы МО-балансодержателю (при наличии) пополняет целевые средства СМО для оплаты медицинской помощи.

3.3 Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, объемы которой определяются без учета подушевого принципа (для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного по терапевтическому (педиатрическому) признаку населения), осуществляется по тарифам, утвержденным приложением 2.4 к Генеральному тарифному соглашению, за законченный случай лечения по цели обращения, специалистам.

3.4 Оплата стоматологической помощи

Единицей учета и оплаты стоматологической помощи являются условные единицы трудоемкости (УЕТ), применяемые в соответствии с классификатором и тарифами, утвержденными приложениями 2.6 и 2.4 к Генеральному тарифному соглашению соответственно.

Оплата стоматологической помощи осуществляется в зависимости от

принадлежности пациента к медицинской организации:

- в случае прикрепления к МО оказания помощи - в рамках подушевого финансирования АПП;

- в случае, когда МО оказания помощи не является МО прикрепления – по тарифу УЕТ, утвержденному Генеральным тарифным соглашением.

С целью однообразия отражения отчетных данных о стоматологической помощи, выраженной в посещениях, для пересчета УЕТ в посещения применяется коэффициент, равный 4.

На лечебные манипуляции при оказании стоматологической помощи устанавливается гарантия 1 год.

В случаях, когда до истечения гарантийного срока пациенту требуется повторное лечение того же зуба, и врачом-экспертом СМО или ТФОМС установлено, что причиной этому стало некачественное оказание помощи при первом обращении:

- повторное лечение в той же медицинской организации оплате не подлежит;

- повторное лечение в другой медицинской организации подлежит оплате, при этом на случай некачественного оказания помощи в медицинской организации первого обращения налагаются санкции в соответствии с перечнем и размером санкций, применяемых к медицинским организациям в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденным Генеральным тарифным соглашением на 2015 год.

Все случаи оказания стоматологической помощи с нагрузкой на одного врача в смену более 50 УЕТ подлежат обязательной медико-экономической экспертизе.

4. Порядок оплаты скорой медицинской помощи

Оплата скорой медицинской помощи в Оренбургской области осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Оплата за вызов осуществляется при оказании помощи гражданам, застрахованным за пределами Оренбургской области, а также при оказании скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (ТЛТ) больным с острым коронарным синдромом (ОКС).

Вызовы с ТЛТ оплачиваются сверх установленного по подушевому принципу лимита финансирования СМП по тарифам, утвержденным Генеральным тарифным соглашением в системе ОМС в зависимости от схемы ТЛТ.

Кроме того, станциями скорой медицинской помощи (являющимися юридическими лицами) в рамках подушевого механизма финансирования амбулаторной помощи (и сверх подушевого финансирования СМП) предъявляется на оплату медицинская помощь, оказанная бригадами скорой медицинской помощи в часы работы поликлиник по неотложным поводам, перечень которых утвержден распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области от 14.10.2014 №2292.

Станции (службы) скорой медицинской помощи, не являющиеся самостоятельными юридическими лицами, также предъявляют в реестрах счетов медицинскую помощь, оказанную бригадами скорой медицинской помощи в часы работы поликлиник по неотложным поводам (по перечню расп. МЗОО от 14.10.2014 №2292), независимо от места прикрепления пациента, без осуществления взаиморасчетов в рамках подушевого алгоритма оплаты АПП. Данные объемы засчитываются в выполнение объемов амбулаторной помощи, оплачиваемой по подушевому принципу.

Медицинская организация (ССМП) при формировании реестра счетов указывает признак вызовов, определенный действующим Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС, по которому идентифицируется их принадлежность к функционалу поликлиник медицинских организаций (МО) - балансодержателей.

Оплата указанных вызовов (для ССМП – юридических лиц) осуществляется страховыми медицинскими организациями за счет средств МО-балансиодержателей по утвержденному приложением 2.4 к Генеральному тарифному соглашению на 2016 год тарифу на оказание неотложной помощи.

Расчет объема финансового обеспечения скорой медицинской помощи по подушевому принципу (сумма финансирования СМП) осуществляется в разрезе медицинских организаций один раз в год (на очередной календарный год).

Для расчета суммы финансирования СМП ($C_{СМП_{МО}}$) на 2016 год принимаются данные о численности и половозрастном составе населения, проживающего в зоне ответственности станций СМП, застрахованного по ОМС по состоянию на 01.04.2015г. и дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения СМП, утвержденные приложением 6.2 к Генеральному тарифному соглашению в системе ОМС на 2016 год.

Расчет осуществляется по формуле:

$$C_{СМП_{МО}} = \sum C_i * ПН_{СМП i},$$

где

C_i – численность обсуживаемого МО населения i -той половозрастной группы;

$ПН_{СМП i}$ – дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения скорой медицинской помощи i -той половозрастной группы;

Объем финансового обеспечения скорой медицинской помощи рассчитывается территориальным фондом ОМС и утверждается Комиссией по ТП ОМС как объем предоставления медицинской помощи в понимании п.10 ст.36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В рамках одной медицинской организации объем скорой медицинской помощи распределяется между страховыми медицинскими организациями пропорционально количеству вызовов.

Объем предоставления скорой медицинской помощи в разрезе СМО корректируется ежемесячно и утверждается после предъявления медицинскими организациями реестров счетов за отчетный месяц решением

Комиссии по разработке ТП ОМС об оперативной корректировке объемов предоставления медицинской помощи в рамках программы ОМС.

5. Порядок взаимодействия участников ОМС при направлении медицинскими организациями обращений для перераспределения объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения, порядка их рассмотрения Комиссией по разработке ТПОМС Оренбургской области, и принятия решений с учетом результатов осуществленных мероприятий по контролю выполненных объемов медицинской помощи.

При превышении объемов медицинской помощи по одной или нескольким СМО, без превышения объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии в целом для МО, формирование и направление обращений по изменению объемов не требуется.

Основанием для реализации МО права на обращение в Комиссию для увеличения плановых объемов медицинской помощи /при наличии превышения накопительным итогом ранее установленных объемов 3, 6, 9 месяцев и (или) календарного года/ могут являться:

1. Изменение численности застрахованных (прикрепленных) лиц, выбравших данную МО для оказания первичной медико-санитарной помощи в объеме от 3% (при наличии устойчивой положительной динамики в течение полугода), подтвержденное актами сверки с ТФОМС. Пересмотр плановых объемов медицинской помощи по данному основанию может быть осуществлен не чаще 1 раза в квартал, на последующий период, начиная с квартала на 1 число которого произошло увеличение численности.

2. Рост инфекционной заболеваемости (превышение показателя заболеваемости в сравнении с показателями прошлых лет), письменно подтвержденные Управлением Роспотребнадзора по Оренбургской области, чрезвычайные происшествия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия и т.п., по причине которых увеличился объем оказания экстренной медицинской помощи;

3. Реорганизация МО, изменение структуры МО (открытие новых отделений, врачебных приемов, увеличение коечного фонда), подтвержденные соответствующими нормативными актами;

4. Получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, не заявленный ранее при распределении объемов на текущий год.

Право на обращение по поводу увеличения плана медицинской организацией может быть реализовано посредством его письменного направления на имя председателя Комиссии, в срок до 45 рабочих дней, с даты окончания отчетного периода (3, 6, 9 месяцев и /или/ календарного года, в которых произошло превышение плановых объемов). Обращения, направленные с пропуском настоящего срока, без уважительных причин, Комиссией не рассматриваются.

В случае необходимости оценки обоснованности превышения плановых объемов медицинской помощи, установленных ранее Комиссией, председатель Комиссии письменно, в срок до 3-х рабочих дней с даты поступления

Обращения МО, направляет в ТФОМС поручение на проведение экспертных мероприятий по нему.

Отдел контроля качества медицинской помощи ТФОМС, в срок до 5 рабочих дней, со дня поступления поручения председателя Комиссии, по согласованию с директором, определяет порядок (проведение экспертиз самостоятельно, либо посредством привлечения, по приказу ТФОМС, одной или нескольких СМО) и сроки (до 25 рабочих дней. Срок проведения экспертиз, в случае обоснованной необходимости, может быть продлен распоряжением директора ТФОМС до 45 рабочих дней).

Целевые экспертизы оказанной в отчетном периоде медицинской помощи проводятся экспертами ТФОМС либо СМО посредством репрезентативной выборки не менее 10% случаев оказания медицинской помощи, по видам и условиям, плановые объемы которых предложены к пересмотру.

Полученные результаты исполнителем, в срок до 2-х рабочих дней после оформления результатов экспертиз, передаются в отдел контроля качества медицинской помощи ТФОМС, рассматриваются, согласовываются с заместителем директора по организации ОМС и направляются в отдел формирования ТП ОМС ТФОМС.

Отдел формирования ТП ОМС ТФОМС, в срок до 2-х рабочих дней со дня получения утвержденных экспертных заключений:

- определяет расчетное значение дефектов по репрезентативной выборке в абсолютной величине, путем наложения выявленной экспертами доли (%) нарушений (дефектов) на весь объем выставленной в рассматриваемом периоде к оплате (после МЭК, не включающего ошибки по коду 5.3.2.) медицинской помощи рассматриваемого вида;
- сопоставляет его значение с суммой перевыполнения планового показателя объемов, представленных к пересмотру;
- согласовывает полученные результаты с заместителем директора по экономическим вопросам и по поручению директора – направляет уведомление на имя председателя Комиссии об исполнении его поручения (с кратким изложением полученных результатов).

Председатель Комиссии обеспечивает включение вопроса о пересмотре плановых объемов для обратившегося МО, с учетом полученных результатов экспертных мероприятий, в повестку дня ближайшего заседания Комиссии.

В случае принятия Комиссией решения об увеличении плановых объемов для обратившегося МО (полного или частичного удовлетворения обращения МО):

- отдел формирования ТП ОМС ТФОМС в 3-дневный срок со дня принятия решения передает информацию о распределённых объемах медицинской помощи и финансового обеспечения в разрезе МО и СМО в отдел программного обеспечения, отдел организации ОМС, юридический отдел, МО и СМО.

- отдел организации ОМС, совместно с юридическим отделом, не позднее 10 рабочих дней месяца, следующего за месяцем в котором решением Комиссии перераспределены объемы, обеспечивают заключение

дополнительных соглашений к Договорам о финансовом обеспечении ОМС со СМО, в соответствии с решением Комиссии о распределении объемов медицинской помощи и её финансового обеспечения;

- отдел программного обеспечения, в двухдневный срок, обеспечивает обновление баз данных, с учетом перераспределенных объемов МП и размещение информации на официальном сайте ТФОМС в сети Интернет;

- СМО обеспечивают:

- в пятидневный срок, со дня заключения дополнительного соглашения с ТФОМС, заключение дополнительного соглашения к договору на оказание и оплату МП по ОМС с МО, с учетом перераспределенных объемов;
- оплату медицинской помощи по ОМС, в соответствии с изменениями плановых объемов, утвержденных решением Комиссии.

Председатель комиссии Криволапов А.Н.

Члены комиссии:

Балтенко Ю.Э.

Варламов О.А.

Дурченков Д.К.

Забирова С.Б.

Зверев А.Ф.

Колесников Б.Л.

Лаптев В.И.

Марковская В.В.

Рубцова И.В.

Савилова М.В.

Сергеева С.Г.

Тамбовцева О.В.

Чевычалова С.А.