

Приложение 3 к протоколу № 29
заседания Комиссии по ТП ОМС
от 27.12.2018г.

РЕГЛАМЕНТ
оплаты медицинской помощи
при реализации программы обязательного
медицинского страхования на 2019 год

г. Оренбург

1. Общие положения

1.1 Регламент оплаты медицинской помощи при реализации программы обязательного медицинского страхования на 2019 год (далее – Регламент) подготовлен в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

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

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 получения медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством.

Информационный обмен данными о прикрепленном населении в системе обязательного медицинского страхования Оренбургской области осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 г. № 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 обязательного медицинского страхования.

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

МО-балансодержатель – медицинская организация (в значении, определенном в Федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральном законе от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «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 Тарифном соглашении в системе обязательного медицинского страхования 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 Регламентом.

Раздел, блок или признак объемов предоставления медицинской помощи (в рамках Регламента) – признак объемов предоставления помощи, характеризующий алгоритм их формирования. Различаются разделы «муниципальные функции» и «межрайонные функции». Объемы по муниципальным функциям определяются нормативным путем в зависимости от численности проживающих и прикрепленных застрахованных в том или ином муниципальном образовании. Объемы межрайонных функций – это объемы медицинской помощи, которая оказывается централизованно, например, в областных медицинских организациях, первичных сосудистых отделениях, межмуниципальных центрах и пр.

АП – амбулаторная помощь;

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

Комиссия по ТП ОМС – Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;

КСГ – клинико-статистическая группа;

МЗОО – министерство здравоохранения Оренбургской области;

МО – медицинская организация;

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

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

МЭК – медико-экономический контроль;

ОКС – острый коронарный синдром;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения;

ОПМП – объемы предоставления медицинской помощи;

СМО – страховая медицинская организация;

СМП – скорая медицинская помощь;

ТПГТ – территориальная программа государственных гарантий;

ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования;

ТС – тарифное соглашение;

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования;

СМО – страховая медицинская организация;

ТЛТ – тромболитическая терапия;

ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования;

УЕТ – единица учета трудоемкости;

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт;

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение.

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, медицинской помощи при подозрении или установленном диагнозе злокачественного новообразования (ЗНО);

- 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 26.10.2017 г. № 869н, от 06.12.2012 г. № 1011н, от 10.08.2017 г. № 514н, от 15.02.2013 г. № 72н, от 11.04.2013 г. № 216н).

- медицинская помощь при подозрении или установленном диагнозе (ЗНО).

Страховые медицинские организации, получив реестры счетов от медицинских организаций, проводят их медико-экономический контроль в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 г. № 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 медицинской помощи, выраженный в единицах оказания помощи (в соответствии с применяемыми способами оплаты) и сумме ее финансового обеспечения, устанавливается на год с поквартальной разбивкой по разделам:

Название раздела ОПМП	Расшифровка
СМП	Скорая медицинская помощь

СМП конс.; эвак	Скорая специализированная медицинская помощь, включая эвакуацию, оказываемая отделениями экстренной консультативной помощи
АПП подушевая	Амбулаторная помощь, оказываемая в рамках подушевого механизма финансирования
АПП заболевания	Амбулаторная помощь при заболеваниях, объемы которой выведены из подушевого механизма оплаты
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗР (1 эт)	Диспансеризация в соответствии с приказами МЗ РФ от 26.10.2017 г. № 869н (в части I эт), от 06.12.2012 г. № 1011н
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗР (2 эт)	Диспансеризация в соответствии с приказом МЗ РФ от 26.10.2017 г. № 869н (в части II эт)
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ	Профилактические осмотры и диспансеризация в соответствии с приказами МЗ РФ от 10.08.2017 г. № 514н, от 15.02.2013 г. № 72н, от 11.04.2013 г. № 216н
АПП ЦЗ	Амбулаторная помощь в центрах здоровья, в т.ч. женского здоровья
ДС МРФ	Дневной стационар, межрайонные функции (помощь оказывается централизованно)
ДС МУН	Дневной стационар, муниципальные функции (помощь оказывается преимущественно по территориальному принципу)
ДС ОНК*	Медицинская помощь при установленном диагнозе ЗНО в условиях дневного стационара
ДС МЕР**	Медицинская реабилитация в условиях дневного стационара
КС МРФ	Круглосуточный стационар, межрайонные функции (помощь оказывается централизованно)
КС МУН	Круглосуточный стационар, муниципальные функции (помощь оказывается преимущественно по территориальному принципу)
КС РОД***	Круглосуточный стационар, роды
КС ОНК*	Медицинская помощь при установленном диагнозе ЗНО в условиях круглосуточного стационара
КС МЕР**	Медицинская реабилитация в условиях круглосуточного стационара
ВМП группа	Высокотехнологичная медицинская помощь в разрезе групп, установленных постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 г. № 1506

* В выполнении объемов помощи по разделу КС ОНК и ДС ОНК учитываются госпитализации:

- с первым символом в коде основного диагноза (DS1) – «С»;
- с кодом основного диагноза D70 в сочетании с сопутствующим диагнозом (DS2) в диапазоне C00-C80 или C97;
- с кодом основного диагноза в диапазоне D00-D09.

****** В выполнении объемов помощи по разделу КС МЕР и ДС МЕР учитываются госпитализации, для которых обязательно сочетание КСГ, входящих в клинико-профильную группу st37 и ds37 соответственно, и кода профиля 158 «Медицинская реабилитация».

При сочетании онкологического диагноза и признаков медицинской реабилитации госпитализация учитывается по разделам КС МЕР и ДС МЕР.

******* В выполнении объемов помощи по разделу КС РОД учитываются госпитализации по КСГ st02.003 и st02.004.

При отсутствии ходатайств медицинских организаций поквартальная разбивка осуществляется равными долями (за исключением помощи, финансовое обеспечение которой устанавливается по подушевому принципу).

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 объемы в пределах утвержденной на квартал суммы финансового обеспечения ОПМП.

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 приведенных выше в таблице блоков ОПМП.

Объемы оказанной медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи и амбулаторной помощи, объемы которой рассчитаны по подушевому принципу для МО-балансодержателей), превышающие по стоимости квартальную сумму обеспечения ОПМП, отклоняются от оплаты в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 г. № 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 программы».

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 (по стоимости) с квартальными объемами финансового обеспечения ОПМП оплате подлежат только полные законченные случаи, в результате чего допустимо отклонение суммы оплаты помощи от утвержденной на квартал суммы обеспечения (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 (за исключением скорой медицинской помощи и амбулаторной помощи, объемы которой рассчитаны по подушевому принципу для МО-балансодержателей), осуществляется по суммам принятых счетов 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 (по стоимости), 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 при наличии неиспользованного остатка целевых средств, полученных по дифференцированным подушевым нормативам, может быть осуществлена приоритетная оплата случаев оказания экстренной помощи, родов, а также высокотехнологичной медицинской помощи за счет объемов финансового обеспечения ОПМП следующего квартала (параллельно с оплатой реестров счетов первого и, при необходимости, второго месяцев квартала в пределах 50% (в каждом месяце) от квартального объема финансового обеспечения ОПМП 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 2019 года», форма которого утверждается Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС.

2.8 Медицинскими организациями, при наличии объективных причин (изученных структурными подразделениями ТФОМС на основании ходатайства МО), может быть предъявлена на оплату в страховые медицинские организации медицинская помощь, оказанная в период не более одного месяца, предшествующий отчетному, и не предъявленная ранее в основном реестре счетов. В этих случаях медицинские организации формируют дополнительные счета за период оказания помощи и предоставляют их 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 Регламента 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 г. № 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 период, предшествующий отчетному), 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 (ближайшего) отчетного периода.

2.12 Для МО-балансодержателей объемом предоставления медицинской помощи прикрепленному населению в амбулаторных условиях в понимании п. 10 ст. 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» являются:

- объемы оказания амбулаторной помощи (количество посещений и обращений), утвержденные Комиссией по разработке ТП ОМС в составе общего объема амбулаторной помощи, оказываемой медицинской организацией или отдельным показателем (в случаях, когда медицинская организация не имеет установленных объемов помощи по разделам, предусмотренным п. 2.3 настоящего Регламента) в разрезе СМО;

- сумма финансового обеспечения, рассчитанная и утвержденная Комиссией по разработке ТП ОМС в соответствии с пп. 3.2 настоящего Регламента в разрезе МО и СМО. При этом годовым объемом предоставления помощи является сумма, определяемая:

- в течение 1-го месяца – как двенадцатикратный размер суммы финансирования АП 1-го месяца;

- в течение последующих месяцев – как сумма финансирования предыдущих месяцев и сумма финансирования последнего месяца, умноженная на количество оставшихся в году месяцев (включая текущий).

2.13 Для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, в части амбулаторной помощи, оказываемой в рамках подушевого механизма финансирования (имеющей статус заказанной услуги в соответствии с п. 1.2 настоящего Регламента), объемом предоставления медицинской помощи в понимании п. 10 ст. 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» являются ожидаемые объемы предоставления амбулаторной помощи (количество посещений и обращений), утвержденные Комиссией по ТП ОМС в составе общего объема амбулаторной помощи, оказываемой медицинской организацией или отдельным показателем (в случаях, когда медицинская организация не имеет установленных объемов помощи по разделам, предусмотренным п. 2.3 настоящего Регламента) в разрезе СМО.

Показатели финансового обеспечения указанных объемов помощи Комиссией по ТП ОМС не утверждаются, их оплата осуществляется за фактически выполненные объемы за счет сумм финансового обеспечения амбулаторной помощи, утвержденных Комиссией по ТП ОМС для МО-балансодержателей по подушевому принципу в соответствии с пп. 3.2. настоящего Регламента.

3. Порядок оплаты амбулаторной помощи

3.1 Амбулаторная помощь, за исключением помощи, объемы которой утверждаются Комиссией по ТП ОМС и порядок оплаты которой регулируется общими принципами, изложенными в пункте 2 настоящего Регламента, оплачивается по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях.

В рамках реализации подушевого механизма оплаты, для целей настоящего Регламента под заказанной амбулаторной услугой понимается законченный случай оказания амбулаторной помощи, тарифицированный в Тарифном соглашении в системе ОМС, вне МО-балансодержателя 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», катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией, 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;
- профилактическая помощь в части осмотра до и после вакцинации в случаях ее проведения по месту работы, нахождения в организованных детских коллективах;
- амбулаторная услуга, оказанная по направлению МО-балансодержателей в областных МО, 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 г. № 2292, а также помощь, оказанная средним медицинским персоналом, в том числе в ФАП, по неотложным поводам.

3.2 Оплата амбулаторной помощи по подушевому нормативу финансирования

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

Для расчета суммы финансового обеспечения АП ($CA_{\text{МО} / \text{СМО}}$) на очередной месяц принимаются данные о численности прикрепленного населения по состоянию на 1 число соответствующего месяца и дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторной помощи, утвержденные Тарифным соглашением в системе ОМС на 2019 год.

Расчет осуществляется по формуле:

$$CA_{\text{МО} / \text{СМО}} = Ч_i * ПНА_i * (1 - Д_{\text{РД}}) * K_{\text{бал}} / 12,$$

где

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

$Д_{\text{РД}}$ – доля средств, направляемых на премиальные выплаты с учетом достижения целевых показателей результативности;

$ПНА_i$ – дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения амбулаторной помощи i -той группы МО-балансодержателей;

$K_{\text{бал}}$ – балансировочный коэффициент для приведения в соответствие расчетного среднедушевого размера средств и утвержденной базовой ставки ($C_{\text{баз}}$).

Рассчитанная с применением данного алгоритма сумма финансового обеспечения АП ежемесячно утверждается Комиссией по ТП ОМС и подлежит (как гарантированная) включению в сводный счет МО на оплату медицинской помощи за отчетный месяц.

3.2.1 Средства премиальной части в полном объеме или частично направляются в медицинскую организацию в случае достижения целевых значений показателей при оказании амбулаторной помощи в соответствии с пп. 4.4 и 4.5 Тарифного соглашения.

3.3 Оплата амбулаторной помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании представленных медицинскими организациями реестров счетов, которые содержат следующие четыре раздела в амбулаторном блоке:

– объемы амбулаторной помощи своему прикрепленному населению, а также помощь, оказанную бригадами скорой медицинской помощи в часы работы поликлиник по неотложным поводам (по перечню расп. МЗОО от 14.10.2014 г. № 2292) 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. 4.3.1 Тарифного соглашения на 2019 год.

В реестрах счетов случаи оказания помощи по первому указанному блоку имеют стоимость, соответствующую тарифам, утвержденным Тарифным соглашением на 2019 год, при этом в сводном счете по соответствующей позиции указывается сумма, равная сумме финансового обеспечения АП, рассчитанной по подушевому принципу на отчетный месяц, а не суммарное значение стоимости случаев оказания амбулаторной помощи своему прикрепленному населению из реестра счетов.

При проведении медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в отношении случаев оказания помощи по данному блоку также используются тарифы, утвержденные Тарифным соглашением в системе ОМС.

Страховые медицинские организации, получив реестры счетов от медицинских организаций, проводят их медико-экономический контроль в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 г. № 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.

После проведения МЭК СМО осуществляют расчеты по заказанным амбулаторным услугам (для МО-балансодержателей) и формируют «Уведомление об оплате амбулаторной помощи за _____ м-ц 2019 г.» по форме, утверждаемой Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС. Основанием для уменьшения суммы финансирования АП, рассчитанной по подушевому принципу, являются реестры счетов медицинских организаций – исполнителей амбулаторных услуг, ссылка на которые с указанием наименования исполнителей амбулаторных услуг содержится в уведомлении, а также результаты МЭК.

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 расчета за заказанные в других медицинских организациях услуги превышает месячную сумму обеспечения подушевого финансирования МО-балансодержателя, страховая медицинская организация уменьшает для оплаты сумму, предъявленную балансодержателем за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную неприкрепленным для обслуживания пациентам. В случаях, когда и этой суммы недостаточно, расчет за оказанные услуги может быть произведен за счет 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 случае предъявления медицинскими организациями на оплату доработанных реестров счетов, отклоненных ранее по результатам проведенного МЭК из числа случаев оказания помощи своему прикрепленному населению, оплата их производится по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением в системе ОМС, в пределах подушевого объема финансирования, утвержденного Комиссией на период, в котором случаи были отклонены.

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 специальностям «акушерство – гинекология» и «стоматология», а также профилактической помощи в части осмотра до и после вакцинации), 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 01.12.2010 г. № 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 течение месяца после получения уведомления вправе обратиться в страховую медицинскую организацию с ходатайством о проверке обоснованности предъявляемых на оплату реестров счетов МО-исполнителей амбулаторных услуг. В ходатайстве медицинская организация указывает конкретные случаи, в отношении которых необходимо проведение медико-экономической экспертизы, с обоснованием необходимости проведения экспертизы по каждому случаю.

Страховая медицинская организация проводит медико-экономическую экспертизу указанных в ходатайстве случаев в период проведения очередной плановой проверки.

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 Тарифным соглашением в системе ОМС:

- осуществляя удержание необоснованно предъявленной на оплату суммы, 50% которой подлежат возврату в МО-балансодержатель с отображением этой операции в Уведомлении, 35% – перечислению в ТФОМС для зачисления в НСЗ, а 15% пополняют собственные средства страховой медицинской организации (в соответствии со ст. 28 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 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, 25% от которого СМО направляет на пополнение собственных средств, 25% – перечисляет в ТФОМС для зачисления в НСЗ, а в пределах оставшихся 50% – возвращает в МО-балансодержатель разницу, но не более 50% 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.

3.4 Оплата амбулаторной помощи, объемы которой определяются без учета подушевого принципа (для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного по терапевтическому (педиатрическому) признаку населения), осуществляется по тарифам, утвержденным приложением 2.6 к Тарифному соглашению, за законченный случай лечения по цели обращения и специальностям.

3.5 Оплата стоматологической помощи

В рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется оказание стоматологической помощи (терапевтической и хирургической) взрослым и детям, в том числе детской ортодонтии по медицинским показаниям.

Единицей учета и оплаты стоматологической помощи являются условные единицы трудоемкости, применяемые в соответствии приложениями 2.8 и 2.6 к 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 АП;

- в случае, когда МО оказания помощи не является МО прикрепления, – по тарифу УЕТ, утвержденному 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 Тарифным соглашением на 2019 год.

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.

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

Для расчета суммы финансового обеспечения СМП ($C_{СМП_{МО}}$) на 2019 год принимаются данные о численности населения, проживающего в зоне ответственности станций СМП, застрахованного по ОМС по состоянию на 01.01.2018 г. и подушевые нормативы финансового обеспечения СМП, утвержденные для групп медицинских организаций приложением 6.3 к Тарифному соглашению в системе ОМС на 2019 год.

Расчет осуществляется по формуле:

$$C_{СМП_{МО}} = Ч_i * ПН_{СМП\ i} * K_{бал}, \text{ где}$$

$Ч_i$ – численность обслуживаемого i -той МО населения;

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

$K_{бал}$ – балансирующий коэффициент для приведения в соответствие расчетного среднедушевого размера средств и утвержденной базовой ставки ($C_{баз}$).

Объем финансового обеспечения СМП и ожидаемое количество вызовов рассчитывается ТФОМС и утверждается Комиссией по ТП ОМС в составе ОПМП.

В рамках одной медицинской организации объем скорой медицинской помощи распределяется между страховыми медицинскими организациями пропорционально количеству вызовов, осуществленных в адрес застрахованных той или иной СМО.

Объем предоставления скорой медицинской помощи в разрезе СМО корректируется ежемесячно и утверждается после предъявления медицинскими организациями реестров счетов за отчетный месяц решением Комиссии по ТП ОМС об оперативной корректировке объемов предоставления медицинской помощи в рамках программы ОМС.

4.2 Оплата скорой медицинской помощи за вызов скорой медицинской помощи осуществляется:

- при оказании помощи гражданам, застрахованным за пределами Оренбургской области;
- для межучрежденческих расчетов в рамках подушевого финансирования СМП;
- при оказании скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии больным с острым коронарным синдромом;
- при оказании скорой специализированной медицинской помощи, в том числе медицинской эвакуации, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи, в рамках установленного Комиссией по ТП ОМС объема предоставления помощи (по лимитам финансового обеспечения).

Оказание СМП застрахованным, проживающим в зоне ответственности другой МО, оказывающей СМП, а также вызовы с ТЛТ оплачиваются сверх

установленного по подушевому принципу объема финансового обеспечения СМП по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением в системе ОМС.

Кроме того, станциями скорой медицинской помощи (являющимися юридическими лицами) в рамках подушевого механизма финансирования амбулаторной помощи (и также 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 г. № 2292.

Оплата помощи застрахованным, проживающим в зоне ответственности МО, но получившим СМП на территории обслуживания другой МО, осуществляется за счет уменьшения рассчитанного по подушевому принципу объема финансового обеспечения МО, в которой обслуживается застрахованный.

4.3 Оплата скорой медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании предъявленных на оплату реестров счетов, которые содержат в части СМП следующие три (а для ССМП-юридических лиц – четыре) блока:

- объемы СМП, оказанные населению, проживающему в зоне ответственности МО, оказывающей СМП (к этой категории относят застрахованных, прикрепленных на дату оказания СМП к МО-балансодержателям, расположенным на территории муниципального образования, обслуживаемого ССМП, а также неприкрепленных застрахованных) в сумме, составляющей 1/12 от объема финансового обеспечения СМП, утвержденного на год;

- объемы СМП, оказанные населению, проживающему в зоне обслуживания других МО, оказывающих СМП (прикрепленные застрахованных к МО-балансодержателям, расположенным на территории других муниципальных образований);

- объемы СМП (вызовы) с применением ТЛТ;

- неотложная помощь, оказанная в часы работы поликлиник.

В реестрах счетов случаи оказания помощи по подушевому блоку имеют стоимость, соответствующую тарифам, утвержденным Тарифным соглашением на 2019 год, при этом в сводном счете по соответствующей позиции указывается сумма, рассчитанная для СМО в соответствии с настоящим Регламентом на месяц, а не суммарное значение стоимости случаев оказания скорой медицинской помощи из реестра счетов.

Страховые медицинские организации, получив реестры счетов от медицинских организаций, проводят их медико-экономический контроль в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 г. № 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.

После проведения МЭК СМО осуществляют расчеты между медицинскими организациями в рамках подушевого механизма

финансирования СМП (за вызовы), подушевого механизма финансирования АП (за неотложную помощь в часы работы поликлиник) формируют «Уведомление об оплате СМП за _____ м-ц 2019г.» по форме, утверждаемой Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС. Основанием для уменьшения суммы финансового обеспечения СМП, рассчитанной по подушевому принципу, являются реестры счетов медицинских организаций других муниципальных образований, оказавших СМП застрахованным, проживающим вне зоны их обслуживания.

Уведомление направляется в МО 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 финансового обеспечения СМП в формате Excel.

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

Уведомление после его рассмотрения МО в срок, не превышающий 15 рабочих дней, подписывается руководителем медицинской организации и направляется в страховую медицинскую организацию.

В случае предъявления медицинскими организациями на оплату доработанных реестров счетов, отклоненных ранее по результатам проведенного МЭК из числа случаев оказания помощи населению зоны обслуживания, оплата их производится по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением в системе ОМС, в пределах объема финансового обеспечения СМП, в котором случаи были отклонены.

4.4 Медицинские организации, имеющие в структуре станции (службы) скорой медицинской помощи, также предъявляют в реестрах счетов медицинскую помощь, оказанную бригадами скорой медицинской помощи в часы работы поликлиник по неотложным поводам (по перечню распоряжения МЗОО от 14.10.2014 г. № 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.

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

При превышении объемов медицинской помощи (по сумме счетов) по одной или нескольким СМО, без превышения объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по ТП ОМС в целом для МО (по сумме

их финансового обеспечения), формирование и направление обращений по изменению объемов не требуется.

Право на обращение по поводу корректировки плана медицинской организации между кварталами (отчетными периодами) в рамках годового объема предоставления медицинской помощи (по количеству единиц медицинской помощи и сумме ее финансового обеспечения) 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, в которых произошло превышение плановых объемов). Обращения, направленные с пропуском настоящего срока, Комиссией не рассматриваются. Для принятия Комиссией по ТП ОМС решения о переносе объемов внутри календарного года проведение экспертных мероприятий не требуется.

Основанием для реализации МО права на обращение в Комиссию для увеличения годовых объемов предоставления медицинской помощи (по сумме ее финансового обеспечения) при наличии превышения суммы счетов накопительным итогом над ранее установленными объемами 6 месяцев (в случае превышения не менее чем на 10%) и (или) 9 месяцев, могут являться:

- изменение численности застрахованных (прикрепленных) лиц, выбравших МО для оказания первичной медико-санитарной помощи, более чем на 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;
- 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 тому подобное, по причине которых увеличился объем оказания экстренной медицинской помощи;
- реорганизация МО, изменение структуры МО (открытие новых отделений, врачебных приемов, увеличение коечного фонда), подтвержденные соответствующими нормативными актами;
- получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, не заявленный ранее при распределении объемов на текущий год;
- другие объективные причины.

Право на обращение по поводу увеличения годового плана (по сумме ее финансового обеспечения) медицинской организацией может быть реализовано посредством его письменного направления на имя председателя Комиссии в срок до 45 рабочих дней с даты окончания периодов: 6 месяцев (только в случае превышения фактических объемов над плановыми более чем на 10%) и 9 месяцев, в которых произошло превышение плановых объемов. Обращения, направленные с нарушением установленного срока, 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 проведения экспертиз (самостоятельно либо посредством привлечения по приказу ТФОМС одной или нескольких СМО) и сроки (до 45 рабочих дней, а в случае привлечения врачей-экспертов из других субъектов РФ – до 60 рабочих дней).

Экспертизы качества медицинской помощи проводятся экспертами ТФОМС либо СМО посредством репрезентативной выборки в объеме не менее 5% случаев оказания медицинской помощи от фактически выполненных объемов за рассматриваемый период. Экспертизе подлежат как принятые ранее к оплате случаи оказания медицинской помощи, так и отклоненные в рассматриваемом периоде по коду 5.3.2.

Оформленные актом результаты экспертизы в срок до 3-х рабочих дней после подписания акта передаются исполнителем в отдел контроля качества медицинской помощи ТФОМС. Руководителем отдела (либо уполномоченным им лицом) готовится аналитическая записка, содержащая сведения о количестве подвергнутых экспертизе случаев оказания медицинской помощи, их доле от общего объема помощи за период, количестве дефектных случаев, доле выявленных дефектов (сведения предоставляются как по каждому виду и условию оказания медицинской помощи, так и в целом по результатам всех экспертиз). Кроме того, предоставляются сведения о выявленных ранее (по результатам МЭЭ и ЭКМП, в том числе реэкспертиз) страховыми медицинскими организациями и ТФОМС дефектам медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в рассматриваемом периоде в разрезе видов и условий ее оказания, плановые показатели по которым предложены МО к увеличению.

Дополнительно может быть проведен анализ реестров счетов, представленных медицинской организацией на оплату за рассматриваемый период. Анализ проводится структурными подразделениями ТФОМС (по компетенциям).

Полученные сводные результаты (в форме аналитической записки) предоставляются на согласование заместителю директора ТФОМС по организации ОМС, а затем на утверждение директору ТФОМС.

Итоговые результаты проведенной экспертной работы, подписанные директором ТФОМС, направляются отделом по формированию и финансированию ТП ОМС на имя председателя Комиссии по ТП ОМС в форме уведомления об исполнении его поручения (с кратким изложением полученных результатов).

Председатель Комиссии обеспечивает включение вопроса о корректировке объемов предоставления медицинской помощи для обратившегося МО в повестку дня ближайшего заседания Комиссии.

Докладчиком по указанным вопросам является один из членов Комиссии, представляющих ТФОМС. Докладчик доводит до сведения членов Комиссии исчерпывающую информацию о проведенных экспертных мероприятиях и их результатах, которые служат основанием для принятия Комиссией соответствующего решения.

Выявленные в ходе проведения экспертной работы по ходатайству МО дефектные случаи оказания медицинской помощи подлежат направлению в 10-дневный срок в СМО для наложения на МО финансовых санкций в соответствии с договором об оказании и оплате медицинской помощи по ОМС.

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 распределенных объемах медицинской помощи и финансового обеспечения в разрезе МО и СМО в отдел организации ОМС, юридический отдел ТФОМС, а также обеспечивает обновление баз данных с учетом перераспределенных объемов МП и размещение информации на официальном сайте ТФОМС в сети «Интернет» с соответствующим уведомлением 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;

- 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, в сроки, не превышающие ближайшие сроки для оплаты реестров счетов текущего периода.

Председатель комиссии Криволапов А.Н.



Члены Комиссии:

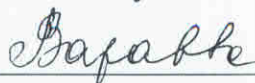
Балтенко Ю.Э.



Лаптев В.И.



Варавва Л.Б.



Марковская В.В.



Варламов О.А. 

Рубцова И.В. 

Гильмутдинов Р.Г. 

Савилова М.В. 

Дурченков Д.К. 

Сергеева С.Г. 

Зверев А.Ф. 

Чевычалова С.А. 

Колесников Б.Л. 