

Приложение 9 к протоколу №32
заседания Комиссии по ТП ОМС
от 29.12.2016г.

РЕГЛАМЕНТ
оплаты медицинской помощи
при реализации программы обязательного
медицинского страхования на 2017 год

г.Оренбург

1. Общие положения

1.1 Регламент оплаты медицинской помощи при реализации программы обязательного медицинского страхования на 2017 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 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 межрайонных функций – это объемы медицинской помощи, которая оказывается централизованно, например, в областных МО, первичных сосудистых отделениях, межмуниципальных центрах и пр.

АП – амбулаторная помощь

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

Комиссия по ТП ОМС – Комиссия по разработке территориальной программы ОМС

КСГ – клинико-статистическая группа;

МО – медицинская организация

МО-балансодержатель – медицинская организация в отношении которой застрахованные граждане реализовали свое право на выбор медицинской организации;

МЗОО – министерство здравоохранения Оренбургской области;

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 ОМС

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

- 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 №36ан, 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 (далее – ОПМП) устанавливается на год с поквартальной разбивкой по каждому разделу. 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 объёмы 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:

- видов медицинской помощи

- условий предоставления медицинской помощи: амбулаторно, в дневном стационаре, стационаре (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, в т.ч. центры женского здоровья;
- признаков объемов предоставления помощи (муниципальные функции «МУН» или межрайонные функции «МРФ»);
- профилей помощи (проверки соответствия им) при выполнении объемов предоставления медицинской помощи по разделу «МРФ»;
- групп высокотехнологичной помощи.

Объемы оказанной медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи и амбулаторной помощи, объемы которой рассчитаны по подушевому принципу для МО-балансодержателей), превышающие квартальную сумму обеспечения ОПМП, 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 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 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 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 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 2017 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), в течение календарного года может быть предъявлена на оплату в страховые медицинские организации медицинская помощь, оказанная в периодах текущего года, предшествующих отчетному.

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 прикрепленному населению 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" являются:

- сумма финансового обеспечения, рассчитанная и утвержденная Комиссией по разработке ТП ОМС в соответствии с пп.3.2 настоящего Регламента в разрезе МО и СМО;

- 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.

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. N 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 медицинских организаций-балансодержателей по подушевому принципу в соответствии с пп.3.2. настоящего Регламента.

3. Порядок оплаты амбулаторной помощи

3.1 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», 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 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 №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 и половозрастном составе прикрепленного населения по состоянию на 1 число соответствующего месяца и дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторной помощи, утвержденные Тарифным соглашением в системе ОМС на 2017 год (далее – Тарифное соглашение, ТС).

Расчет осуществляется по формуле:

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

где

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

ПНА_i – дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения амбулаторной 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 ($C_{\text{баз}}$).

$K_{упр}$ – 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 особенности расселения и плотность населения. Управленческие коэффициенты устанавливаются Тарифным соглашением.

Рассчитанная с применением данного алгоритма сумма финансового обеспечения АП ежемесячно утверждается Комиссией по разработке территориальной программы 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.1.4 и 1.5 Тарифного соглашения.

3.2.2 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 №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 Тарифного соглашения на 2017 год.

В реестрах счетов случаи оказания помощи по первому указанному блоку имеют стоимость, соответствующую тарифам, утвержденным Тарифным соглашением на 2017 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 (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.

После проведения МЭК СМО осуществляют расчеты по заказанным амбулаторным услугам (для МО-балансодержателей) и формируют «Уведомление об оплате амбулаторной помощи за _____ м-ц 2017г.» 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 расчёта 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 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 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 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 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 29.11.2010г. № 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, 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.

3.3 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 2.4 к Тарифному соглашению, за законченный случай лечения по цели обращения, специалистам.

3.4 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 (УЕТ), применяемые в соответствии с классификатором и тарифами, утвержденными приложениями 2.6 и 2.4 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 2017 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.

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 2017 год принимаются данные о численности и половозрастном составе населения, проживающего в зоне ответственности станций СМП, застрахованного по ОМС по состоянию на 01.04.2016г. и дифференцированные подушечные нормативы финансового обеспечения СМП, утвержденные приложением 6.2 к Тарифному соглашению в системе ОМС на 2017 год.

Расчет осуществляется по формуле:

$$C_{СМП_{мо}} = \sum \text{Ч}_i * \text{ПН}_{СМП i},$$

где

Ч_i – численность обслуживаемого МО населения i -той половозрастной группы;

$\text{ПН}_{СМП i}$ – дифференцированный подушечный норматив финансового обеспечения скорой медицинской помощи i -той половозрастной группы;

Расчет суммы финансового обеспечения скорой специализированной медицинской помощи, в том числе медицинской эвакуации, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи, рассчитывается без учета половозрастных различий в потреблении СМП по формуле:

$$C_{СМП \text{ экстр конс}} = C_{\text{баз экстр конс}} * \text{Ч}_3$$

Объем финансового обеспечения СМП и ожидаемое количество вызовов рассчитывается территориальным фондом ОМС 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 разработке 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 (ТЛТ) больным с острым коронарным синдромом (ОКС).

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 №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.

Оплата скорой специализированной медицинской помощи, в том числе, медицинской эвакуации, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи, осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании предъявленных на оплату в СМО реестров счетов в размере 1/12 от утвержденной на год суммы.

В реестрах счетов случаи оказания помощи по подушевому блоку имеют стоимость, соответствующую тарифам, утвержденным Тарифным соглашением на 2017 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 01.12.2010г. №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.

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 2017г.» по форме, утверждаемой Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС. Основанием для уменьшения суммы финансового обеспечения СМП, рассчитанной по подушевому принципу, является 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 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.

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 ТП ОМС 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.

Право на обращение по поводу корректировки плана медицинской организации между кварталами (отчетными периодами) в рамках годового объема предоставления медицинской помощи 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 разработке территориальной программы 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 (при наличии превышения накопительным итогом ранее установленных объемов 6 месяцев (в случае превышения не менее, чем на 10%), 9 месяцев и (или) календарного года) 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 т.п., 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 медицинской организацией может быть реализовано посредством его письменного направления на имя председателя Комиссии, в срок до 45 рабочих дней, с даты окончания отчетного периода: 6 месяцев (только в случае превышения фактических объемов над плановыми более, чем на 10%), 9 месяцев и календарного года, 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 организации защиты прав застрахованных и контроля объемов, качества, условий и сроков оказания 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).

Целевые 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 организации защиты прав застрахованных и контроля объемов, качества, условий и сроков оказания 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 разработке территориальной программы 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 распределённых 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. К

Члены комиссии:
Балтенко Ю.Э. Балтенко

Варавва Л.Б. Варавва

Варламов О.А. Варламов

Дурченков Д.К. Дурченков

Забирова С.Б. Забирова

Зверев А.Ф. Зверев

Колесников Б.Л. _____

Лаптев В.И. Лаптев

Марковская В.В. Марковская

Рубцова И.В. Рубцова

Савилова М.В. Савилова

Сергеева С.Г. Сергеева

Синюкова О.И. Синюкова

Тамбовцева О.В. Тамбовцева

Чевычалова С.А. Чевычалова