

Приложение 3
к протоколу заседания Комиссии
по разработке территориальной
программы ОМС №5 от 23.05.2014

Решение о внесении изменений в Регламент
оплаты медицинской помощи при реализации программы обязательного
медицинского страхования на 2014 год от 15.11.2013г.
(вопрос 4 протокола от 23.05.2014г.)

Внести изменения в Регламент оплаты медицинской помощи при реализации программы обязательного медицинского страхования на 2014 год от 15.11.2013г. (далее – Регламент)

1. Пп. 4.6 дополнить словами: «без выставления медицинскими организациями дополнительных (повторных) счетов».

2. Пп.6.2.4 изложить в новой редакции:

«6.2.4 Расчет суммы финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи (CA_{mo}) по подушевому принципу для медицинских организаций - балансодержателей (далее – сумма финансирования АП)

Сумма финансирования АП определяется для каждой медицинской организации – балансодержателя на квартал, а с 01.05.2014 – ежемесячно, в разрезе страховых медицинских организаций и считается объемом предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях в понимании п.10 ст.36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Годовым объемом предоставления помощи является:

в течение I-го квартала – четырехкратный размер суммы финансирования АП I квартала;

в течение II-го квартала – фактическая сумма финансирования АП I квартала с учетом взаимных с другими МО корректировок по заказанным амбулаторным услугам и трехкратный размер суммы финансирования АП II квартала (который, в свою очередь, с 01.05.2014 определяется как утвержденная сумма помесечных лимитов: 1/3 лимита второго квартала плюс двукратный размер лимита второго месяца квартала,

или сумма 1/3 лимита второго квартала, второго и третьего месяцев квартала);

в течение III квартала – фактическая сумма финансирования АП I, II кварталов с учетом взаимных с другими МО корректировок по заказанным амбулаторным услугам и двукратный размер суммы финансирования АП III квартала (который, в свою очередь, определяется как утвержденная сумма помесечных лимитов: трехкратный размер лимита первого месяца квартала,

или лимит первого месяца квартала плюс двукратный размер лимита второго месяца квартала,

или сумма лимитов первого, второго и третьего месяцев квартала);

в течение IV квартала – фактическая сумма финансирования АП I, II, III кварталов с учетом взаимных с другими МО корректировок по заказанным амбулаторным услугам и IV квартала (который, в свою очередь, определяется как утвержденная сумма помесечных лимитов: трехкратный размер лимита первого месяца квартала,

или лимит первого месяца квартала плюс двукратный размер лимита второго месяца квартала,

или сумма лимитов первого, второго и третьего месяцев квартала);

по окончании года - фактическая сумма финансирования АП за год с учетом взаимных с другими МО корректировок по заказанным амбулаторным услугам.

Для расчета суммы финансирования АП на I квартал принимаются данные о численности и половозрастном составе прикрепленного населения по состоянию на 01.10.2013г., а с 01.04.2014г. – данные по состоянию на 1 число соответствующего месяца.

Расчет суммы финансирования АП осуществляется по формуле:

- с 01.01.2014 $CA_{MO} = (\sum \text{Ч}_i * \text{ПНА}_i) / 4,$

- с 01.05.2014 $CA_{MO} = (\sum \text{Ч}_i * \text{ПНА}_i) / 12,$

где

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

По решению Комиссии при расчете сумм финансирования АП могут применяться повышающие коэффициенты, учитывающие такие факторы влияния на уровень затрат на оказание амбулаторной помощи, как низкая численность и плотность населения, доля населения, обслуживаемого ФАПами, и прочие.

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

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

Средства премиальной части в полном объеме или частично направляются в медицинскую организацию в случае достижения количественно-качественных целевых показателей при оказании амбулаторно-поликлинической помощи (п.6.4 настоящего Регламента).

Доля гарантированной и премиальной частей в общем объеме подушевого финансирования АП устанавливается в соотношении 95% и 5% соответственно.

3. В пп.6.3:

- абзац шестой дополнить словами «а с 01.05.2014 — равная гарантированной части финансирования АП на соответствующий месяц»;

- после абзаца одиннадцатого дополнить абзацем двенадцатым следующего содержания:

«В случаях, когда сумма для расчета за заказанные в других медицинских организациях услуги превышает месячную сумму лимита подушевого финансирования МО-балансодержателя, страховая медицинская

организация уменьшает для оплаты сумму, предъявленную балансодержателем за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную 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»

- нумерацию последующих абзацев увеличить на один пункт;
- в абзаце пятнадцатом все слова «квартала», за исключением указанного в скобках, заменить на слова «периода».

- абзац двадцать первый изложить в новой редакции:

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

- дополнить абзацем следующего содержания:

«В случае выявления в ходе МЭЭ случаев оказания помощи, необоснованно предъявленных на оплату, страховая медицинская организация применяет финансовые санкции в соответствии с приказом ФФОМС от 1.12.2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию", 30% от суммы которых пополняют собственные средства страховой медицинской организации (в соответствии со ст.28 Федерального закона от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"), а оставшиеся 70% подлежат возврату (доплате за счет целевых средств СМО) в МО-балансодержатель с отображением этой операции в Уведомлении».

4. В пп. 6.4:

- в первом абзаце после слов «осуществляется ежеквартально» дополнить словами «а с 01.04.2014г. – ежемесячно»;

- в третьем абзаце в скобках дополнить словом «/месяцем»;

- абзац четвертый изложить в новой редакции:

«Оценка работы амбулаторной службы МО-балансодержателей осуществляется в соответствии с Методикой, утвержденной разделом 10 настоящего Регламента».

- пп.6.4 дополнить абзацем следующего содержания:

«Сумма премий, не полученная в результате оценки каждой из МО-балансодержателя, по результатам I квартала, пополнит премиальную часть апреля 2014 года этой же медицинской организации. При переходе с 01.04.2014 на помесечный режим премирования сумма премии, не полученная в результате оценки каждой из МО-балансодержателя отчетного периода (месяца), пополнит премиальную часть следующего месяца этой же медицинской организации».

5. В пп. 10.2.1 в четвертом абзаце после показателя «94%» слова «прикреплённого для оказания первичной медико-санитарной помощи, возраст которых соответствует возрасту прохождения диспансеризации» исключить и

дополнить словами «от плановых показателей, установленных Министерством здравоохранения области на год».

6. Во втором абзаце пп. 10.2.3 слово «заболеваний» заменить на слова «профилактических объемов».

7. В наименовании пп. 10.2.4 слова «с лечебно-диагностической» заменить на слова «по поводу заболеваний (включая посещения к среднему медперсоналу)».

Председатель комиссии Криволапов А.Н.

Балтенко Ю.Э.

Башмалух Г.Я.

Варламов С.

Гильмуллин Р.Р.

Дурченков Д.К.

Зверев А.Ф.

Кириллов В.А.

Колесников Б.Л.

Савилова М.В.

Синюкова О.И.

Трофимова Т.В.

Рубцова И.В.

