Приложение №14

**Порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)**

1.Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)используется при оплате амбулаторной медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, МО в соответствии с Перечнем МО, участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС (Приложение №12).

На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

 где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей; |
| НоПРОФ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НоОЗ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений; |
| НоНЕОТЛ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НфзПРОФ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзОЗ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзНЕОТЛ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСМТР | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Республики Дагестан, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей; |
| Чз | численность застрахованного населения Республики Дагестан, человек. |

Исходя из среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по следующей формуле:

 где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБАЗ | базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей; |
| ОСЕО | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Республике Дагестан лицам. |

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц
не включаются:

* расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
* расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
* расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
* расходы на оплатумедицинской помощи по профилю «Стоматология»;
* расходы на оплату медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»;

Также в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения).

Перечень единиц объема медицинской помощи, применяемых в амбулаторных условиях и включенных в расчет подушевого финансирования на прикрепившихся лиц:

- обращение по поводу заболевания к врачу любой специальности, за исключением врачей по специальностям «Стоматология», «Акушерство и гинекология»;

- посещение с профилактическими и иными целями врача любой специальности,за исключением врачей по специальностям «Стоматология», «Акушерство и гинекология»;

- медицинская услуга (диагностические услуги).

 Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, на одно застрахованное лицо ежемесячно, согласно распределению прикрепленного застрахованного населения по ОМС в разрезе МО, оказывающих медицинскую помощь на территории Республики Дагестан в 2019 году**(Приложение № 12** к настоящему Тарифному соглашению).

 Межучрежденческие расчеты за оказанную медицинскую помощь, в том числе при проведении диагностических услуг, осуществляются в целях обеспечения доступности оказания медицинской помощи в рамках ТП ОМС, соблюдения порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи СМО в соответствии с тарифами, утвержденными настоящим Тарифным соглашением.

Показания для направления прикрепленных граждан в иные МО определяет МО-заказчик. В случае выдачи направления МО-заказчиком лицу, прикрепленному к иной МО, медицинская помощь оплачивается за счет средств направившей МО.

Оплата медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем для МО-заказчика, осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за посещение, за обращение (законченный случай), за медицинскую услугу.

Медицинская помощь в рамках межучрежденческих расчетов в плановой форме оказывается на основании направлений МО-заказчика.

Без направления осуществляется прием застрахованных лиц врачами, оказывающими медицинскую помощь в неотложной форме, а также по профилям «Стоматология», «Акушерство и гинекология» и «Дерматовенерология».

Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО включает в себя средства, направляемые на межучрежденческие расчеты.

МО-исполнитель ведет учет посещений с профилактическими и иными целями, обращений по поводу заболевания в разрезе МО, выдавших направление на оказание медицинской помощи. При формировании реестров счетов обязательно заполнение поля «код медицинской организации, направившей пациента». В случае некорректного заполнения данного поля, в том числе указания кода МО, не участвующей в межучрежденческих расчётах, случай оплате не подлежит.

МО-исполнитель ежемесячно формирует реестры-счетов за оказанную медицинскую помощь в рамках межучрежденческих расчетов и направляет в установленные сроки в СМО. СМО осуществляют проведение медико-экономического контроля поступивших реестров и, на основании данных поля «код медицинской организации, направившей пациента», определяют суммы финансирования, которые необходимо направить в рамках межучрежденческих расчетов из суммы дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-заказчика за отчетный месяц на финансирование медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем.

При проведении межучрежденческих расчетов по профилю «Дерматовенерология» МО-заказчиком выступает МО, к которой прикреплено застрахованное лицо.

2. Прикрепление застрахованных лиц к МО для получения первичной медико-санитарной помощи осуществляется в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия между МО, СМО и ТФОМС РД при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС Республики Дагестан, утвержденным приказом ТФОМС РД от 25 октября 2013 г. № 167-о и совместным приказом Министерства здравоохранения РД и ТФОМС РД от 02.12.2013г. №867Л/194/1-о «Об утверждении порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь».

2.1. Учет сведений о прикреплении застрахованных лиц по ОМС к МО на территории Республики Дагестан осуществляется в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

2.2. Для определения месячного размера средств на подушевое финансирование учитывается численность прикрепленного населения к МО на 01 число отчетного месяца.

2.3. СМО и МО по состоянию на 01 число отчетного месяца проводят сверку численности прикрепленного населения к МО в разрезе половозрастных групп населения и подписывают Приложение №2 к Договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

3. Финансирование МО производится по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового подушевого норматива с учетом половозрастных коэффициентов, учитывающих различия в расходах на оказание медицинской помощи отдельным группам граждан в зависимости от пола, возраста и их потребности в медицинской помощи.

3.1. Расчет годовой суммы по подушевому нормативу финансирования для МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь по перечню, отраженному в Приложении №12, производится путем умножения численности застрахованного прикрепленного к медицинской организации населения, дифференцированного по полу и возрасту в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, на 1 число отчетного месяца на подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, утвержденный настоящим Тарифным соглашением (Приложение №13).

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

 где:

|  |  |
| --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей; |
|  | средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций. |

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

 где

|  |  |
| --- | --- |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек. |

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПн) рассчитывается по формуле:

 где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФДПнi | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей. |

Распределение застрахованных лиц по МО, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на начало соответствующего года и может корректироваться на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц.

3.2. Ежемесячная сумма финансирования по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи рассчитывается как 1/12 годовой суммы, рассчитанной по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи.

4. В реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в части амбулаторно-поликлинической помощи за отчетный период отражаются все предоставленные услуги, в том числе оплачиваемые по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи на прикрепившихся лиц.

5. СМО на основании протокола Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в платежном поручении на перечисление средств отражают стоимость амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу отдельной строкой (аванс или окончательный расчет) в составе основного платежа и перечисляют в медицинские организации единым платежным поручением.

5.1. Сумма для перечисления по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи зависит от результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы реестров, экспертизы качества медицинской помощи.