Приложение 2.1

к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

от 19.01.2021 года № 1/2021

**Порядок оплаты 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 по поводу заболевания)) в 2021 году**

**1. Расчет ежемесячного размера финансового обеспечения по дифференцированному подушевому нормативу медицинских организаций**

1.1. Базовый подушевой норматив финансирования на месяц на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в Камчатском крае определяется на основании объема финансовых средств, предусмотренных Территориальной программой ОМС Камчатского края, за исключением:

- размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема,

- размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Камчатского края,

- размера средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов,

и численности застрахованного населения Камчатского края.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на проведение отдельных диагностических исследований;

- обращений по заболеванию, включающих проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом;

- расходов на оплату посещений врача-терапевта перед вакцинацией от новой коронавирусной инфекции COVID-19 (в сочетании с кодом номенклатуры медицинских услуг «B04.047.004.005»);

- расходов на медицинскую помощь, оказанную в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

1.2. С учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания амбулаторной медицинской помощи рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации (округляется до двух знаков после запятой) по следующей формуле:

**ДПн = ФОсрамб \* Кпр \* КС \* КУ \* КДот \*КД**  , где

**ДПн**– дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации в расчете на год;

**ФОсрамб** – средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на год;

**Кпр** – коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, к базовому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;

**КС** – коэффициент специфики оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, учитывающий плотность населения, достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, а также половозрастные коэффициенты дифференциации (в соответствии с Таблицей 1):

Таблица 1

Половозрастные коэффициенты дифференциации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Половозрастные группы застрахованных лиц | | | | | | | | | |
| моложе трудоспособного возраста | | | | | | трудоспособный возраст | | старше трудоспособного возраста | |
| 0-1 года | | 1-4 года | | 5-17 лет | | 18-64 лет | | 65 лет и старше | |
| Муж | Жен | Муж | Жен | Муж | Жен | Муж | Жен | Муж | Жен |
| 2,2657 | 2,0808 | 1,5595 | 1,5033 | 0,9268 | 0,9849 | 0,6243 | 1,3204 | 1,6000 | 1,6000 |

**КУ** – коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств медицинской организации на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);

**КДот** – коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, рассчитанный для медицинской организации:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, в размере 1,113,

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, в размере 1,04;

**КД** – коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, приведенный к 1 по средневзвешенному значению.

1.3. Для расчета дифференцированного подушевого норматива для медицинской организации на месяц годовое значение **ДПн** делится на 12 (в декабре учитывается фактическое финансирование с начала года).

1.4. Расчет размера финансового обеспечения медицинской организации на месяц, в котором оказывается медицинская помощь, производится страховыми медицинскими организациями с учетом дифференцированного подушевого норматива медицинской организации на месяц и численности прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС, по состоянию на 01 число текущего месяца по формуле:

**ФОмес= ДПнмес \* Чзпр+ ∑ФАП/12**, где

**ФОмес**– размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, на текущий месяц;

**Чзпр** – численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, по состоянию на 01 число месяца, в котором оказана медицинская помощь;

**ФАП** – годовой размер финансового обеспечения всех фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, являющихся структурными подразделениями соответствующей медицинской организации, установленный в соответствии с приложением 2.3 к Соглашению №1/2021.

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов   
в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов   
за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

ФАП = ОСфп/фап + (ФАПуточн \* (12-количество месяцев в предыдущем периоде) / 12, где

ОСфп/фап – фактический размер финансового обеспечения фельдшерского пункта, фельдшерско-акушерского пункта,

ФАПуточн – годовой размер финансового обеспечения фельдшерского пункта, фельдшерско-акушерского пункта с учетом изменившейся численности обслуживаемого населения.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

1.5. В целях организации учета объемов финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в разрезе целей её оказания страховая медицинская организация производит расчет приведенных сумм финансового обеспечения медицинской организации на текущий месяц в следующем порядке:

1. приведенный объем финансового обеспечения на текущий месяц амбулаторной медицинской помощи в части посещений с профилактической и иными целями (**ФОамб.посещ.**) определяется по формулам:



**= \* 0,08;**



**=** , где



k – период расчета (с января по март);

m – период расчета (с апреля по декабрь);

– приведенный объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями на определенный месяц (с января по март);



– приведенный объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями на определенный месяц (с апреля по декабрь);



– объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями, установленный решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае на 2021 год;



1. приведенный объем финансового обеспечения на текущий месяц амбулаторной медицинской помощи в части обращений по заболеванию (**ФОамб.обращ.**) определяется по формуле:

**ФОамб.обращ. = ФОмес - ФОамб.посещ. ,** где

**ФОмес**– размер финансового обеспечения медицинской организации по подушевому нормативу с учетом объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на текущий месяц.

1. при расчете приведенного объема финансового обеспечения на декабрь производится корректировка расчета, произведенного в соответствии с подпунктами 1 и 2, с учетом фактических объемов финансирования медицинской помощи.

**2. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной**

**медицинской организацией**

**2.1.** Медицинская организация представляет территориальному фонду ОМС Камчатского края сформированные реестры счетов и счета на оплату оказанной медицинской помощи, с учетом следующих особенностей:

**2.1.1.** Отдельно формируется реестр счета и счет на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края.

Указанные реестр счета и счет формируются по тарифам за единицу объема (посещение, обращение, медицинскую услугу) в порядке, предусмотренном для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

**2.1.2.** Отдельно формируется счет на оплату по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях гражданам, застрахованным в Камчатском крае.

2.1.2.1. В реестр счета включаются сведения об оказанной гражданам медицинской помощи в амбулаторных условиях:

– обращения по поводу заболеваний, за исключением обращений по заболеванию, включающих проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом;

– посещения с иными целями, за исключением посещений врача-терапевта перед вакцинацией от новой коронавирусной инфекции COVID-19 (в сочетании с кодом номенклатуры медицинских услуг «B04.047.004.005»);

– посещения в связи с проведением диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами (к указанным случаям не применяется индивидуальный коэффициент соответствия (Кподуш));

­– посещения с иными целями и обращения по заболеванию в фельдшерских пунктах и фельдшерско-акушерских пунктах (к указанным случаям применяется индивидуальный коэффициент соответствия (Кфп/фап)).

В реестре счета заполняются персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанной им в отчетном периоде амбулаторной медицинской помощи по тарифам, установленным за единицу объема (посещение, обращение, медицинскую услугу).

2.1.2.2. Счет на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования заполняется по установленной форме с обязательным указанием:

- численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации по состоянию на 01 число месяца, в котором оказана медицинская помощь;

- размера финансового обеспечения на текущий месяц (на основании данных, полученных от соответствующей страховой медицинской организации);

- суммы к оплате, соответствующей рассчитанному размеру финансового обеспечения на текущий месяц, с учетом положений п. 2.1.2.3 настоящего Порядка.

2.1.2.3. При предъявлении к оплате счетов и реестров счетов за оказанную амбулаторную медицинскую помощь, осуществляется расчет индивидуального коэффициента соответствия в целях приведения итоговой суммы по реестру в соответствие с размером суммы по счету на оплату по подушевому финансированию амбулаторной медицинской помощи, за расчетный месяц.

Индивидуальный коэффициент соответствия (Кподуш) рассчитывается медицинской организацией по каждой страховой медицинской организации отдельно для посещений с иной целью, отдельно для обращений по поводу заболевания по следующей формуле:

1. **Кподуш = СУМподуш / СУМ**, где

**СУМподуш** – сумма по счету в размере рассчитанного финансового обеспечения медицинской организации на текущий месяц. При расчете Кподуш для посещений с иными целями рассчитанный объем финансирования посещений с профилактической и иными целями уменьшается на фактическую стоимость посещений за текущий месяц в связи с проведением диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами;

**СУМ** – стоимость оказанной амбулаторной медицинской помощи по тарифам в соответствии с реестром счета (до применения индивидуального коэффициента) без учета стоимости посещений в связи с проведением диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами.

1. **Кфп/фап = (ФАП/12) / СУМфп/фап**, где

**СУМфп/фап** – стоимость оказанной фельдшерскими пунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами амбулаторной медицинской помощи по тарифам в соответствии с реестром счета (до применения индивидуального коэффициента).

Индивидуальный коэффициент соответствия (округляется до четырех знаков после запятой) применяется ко всем услугам, включенным в реестр счета на оплату оказанной медицинской помощи.

Далее рассчитывается сумма коррекции, как разница между суммой по счету в размере рассчитанного финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи на текущий месяц и стоимости по тарифу в соответствии с реестром счета после применения индивидуального коэффициента, которая применяется к сумме, указанной в счете.

После применения индивидуального коэффициента соответствия и корректировки суммы по счету соответствующий счет и реестр счета предъявляются к оплате в установленном порядке.

2.1.2.4. Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные территориальным фондом обязательного медицинского страхования Камчатского края после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете (по установленной форме) по тарифам в соответствии с учетом Кподуш.

**2.1.3.** Отдельно формируются счета и реестры счетов на оплату:

– диагностических услуг, указанных в пункте 3.3 Соглашения 1/2021;

– обращений по заболеванию, включающих проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом;

– посещений врача-терапевта перед вакцинацией от новой коронавирусной инфекции COVID-19 (в сочетании с кодом номенклатуры медицинских услуг «B04.047.004.005»);

– посещений в неотложной форме.

**2.2.** Страховые медицинские организации ежемесячно в сроки, предусмотренные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оплачивают счета медицинской организации за оказанную медицинскую помощь с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Уменьшение оплаты, применение штрафных санкций по результатам контроля осуществляется исходя из тарифов за 1 посещение с иной целью, обращение по заболеванию с учетом подушевого финансирования и поправочных коэффициентов.