|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6.2  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 гражданам, застрахованным в Камчатском крае, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) в 2021 году**

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

1.1. Базовый подушевой норматив финансирования на месяц на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (далее –подушевой норматив по всем видам и условиям) 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 профилактической и иными целями, посещения по неотложной медицинской помощи, обращение в связи с заболеванием, скорую медицинскую помощь с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, а также специализированную медицинскую помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – законченный случай, за исключением:

- расходов на оплату высокотехнологичной медицинской помощи;

- расходов на оплату диагностических исследований в соответствии с п.3.3 Соглашения № 1/2021,

- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- 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 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 медицинской помощи рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации. Подушевой норматив финансирования для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, скорой медицинской помощи.

1.3. Дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации (округляется до двух знаков после запятой) рассчитывается по следующей формуле:

**ДПн = ФОсрвсе виды\* Кпр \* КС \* КУ \* КДот \*КД**  , где

**ДПн**– дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям для медицинской организации в расчете на год;

**ФОсрвсе виды** – средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям, на год;

**Кпр** – коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям к базовому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям;

**КС** – коэффициент специфики оказания медицинской помощи по всем видам и условиям, 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 |
| 1,3050 | 1,4039 | 1,3942 | 1,3437 | 0,8197 | 0,8626 | 1,0264 | 1,3412 | 1,6000 | 1,6000 |

**КУ** – коэффициент 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.

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

1.5. 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 + ФОрд**, 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;

**ФОрд**– размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

**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.

1.6. В целях организации учета объемов финансового обеспечения медицинской помощи в разрезе видов и условий её оказания страховая медицинская организация производит расчет приведенных сумм финансового обеспечения медицинской организации по видам и условиям оказания медицинской помощи на текущий месяц в следующем порядке:

1. приведенный объем финансового обеспечения на текущий месяц скорой медицинской помощи (**ФОСМП**), стационарной медицинской помощи (**ФОСтац.**), медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (**ФОДн.стац.**), амбулаторной медицинской помощи в части посещений с профилактической и иными целями (**ФОАмб.иные.**), амбулаторной медицинской помощи в части посещений в неотложной форме (**ФОАмб.неотл.**), определяется по формулам:

**= \* 0,08;**

**=** , где

**i** – скорая медицинская помощь (СМП), стационарная медицинская помощь (Стац.), медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара (Дн.стац.), амбулаторная медицинская помощь в части посещений с профилактической и иными целями (Амб.иные), амбулаторная медицинская помощь в части посещений в неотложной форме (Амб.неотл.);

**k** – период расчета (с января по март);

**m** – период расчета (с апреля по декабрь);

– приведенный объем финансового обеспечения медицинской помощи i-го вида (условия оказания) на определенный месяц (с января по март);

– приведенный объем финансового обеспечения медицинской помощи i-го вида (условия оказания) на определенный месяц (с апреля по декабрь);

– объем финансового обеспечения соответствующего вида (условия оказания) медицинской помощи, 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 - (ФОСМП + ФОСтац. + ФОДн.стац. + ФОАмб.иные. + ФОАмб.неотл.),**

где

**ФОмес**– размер финансового обеспечения МО-ФД 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.

1.7. Расчет ФОрд  (размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности) осуществляется страховой медицинской организацией по итогам отчетного месяца (начиная с расчета по итогам за февраль 2021 года) по каждой медицинской организации в соответствии с порядком, установленным приложением 6.3 к Соглашению № 1/2021.

1.8. Сведения о размере финансового обеспечения по подушевому нормативу на текущий месяц направляются страховой медицинской организацией в медицинскую организацию и территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 28 числа текущего месяца по установленной форме. Одновременно со сведениями о размере финансового обеспечения по подушевому нормативу на текущий месяц направляется расчет размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

**3. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу** **финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям**

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

**3.1.1.** 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, вызов), за законченный случай лечения заболевания 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.

**3.1.2.** Отдельно формируются реестр счета и счет на оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, застрахованных в Камчатском крае, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям.

3.1.2.1. В реестр счета включаются сведения об оказанной гражданам медицинской помощи:

– вызовы по скорой медицинской помощи;

– случаи оказания стационарной медицинской помощи по КСГ;

– случаи оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по КСГ;

* услуги диализа;

– обращения по поводу заболеваний;

– 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 по неотложной медицинской помощи;

– 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 медицинской помощи по установленным тарифам за единицу объема (посещение, обращение, медицинскую услугу, вызов), за законченный случай лечения заболевания.

3.1.2.2. Счет на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, 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 медицинской организации по подушевому нормативу на текущий месяц (на основании данных, полученных от соответствующей страховой медицинской организации);

- суммы к оплате, соответствующей рассчитанному размеру финансового обеспечения медицинской организации по подушевому нормативу на текущий месяц, с учетом положений п.3.1.2.3 настоящего Порядка.

3.1.2.3. При предъявлении к оплате счетов и реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, осуществляется расчет индивидуального коэффициента соответствия в целях приведения итоговой суммы по реестру в соответствие с размером суммы по счету на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, за расчетный месяц.

Индивидуальный коэффициент соответствия (Кподуш, Кфп/фап) рассчитывается медицинской организацией для реестров счетов по каждой страховой медицинской организации отдельно для скорой медицинской помощи, для стационарной медицинской помощи, для медицинской помощи в условиях дневного стационара, для амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями, для амбулаторной медицинской помощи в части посещений в неотложной форме, для амбулаторной помощи в части обращений по заболеванию, для амбулаторной помощи в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах в соответствии с нормативом их финансирования, с учетом объема финансового обеспечения на месяц по следующей формуле:

1. **Кподуш = СУМподуш / СУМ, где**

**СУМподуш** – сумма по счету в размере приведенного финансового обеспечения медицинской помощи соответствующего вида (условия оказания) по подушевому нормативу на текущий месяц. При расчете Кподуш для посещений с иными целями приведенный 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 медицинской помощи соответствующего вида (условия оказания) 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 по подушевому нормативу 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.

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

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

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

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

– высокотехнологичной медицинской помощи.

**3.2.** Страховые медицинские организации ежемесячно в сроки, предусмотренные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оплачивают счета 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 единицу объема (посещение, обращение, медицинскую услугу, вызов), за законченный случай лечения заболевания с учетом подушевого финансирования и поправочных коэффициентов.

**4. Временный порядок** **оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в период ограничения плановой медицинской помощи**

4.1. Временный порядок распространяется на медицинские организации, расположенные на территории Петропавловск-Камчатского городского округа.

4.2. Положения разделов 1, 2, 3 Порядка оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае, по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям распространяются на медицинские организации, расположенные на территории Петропавловск-Камчатского городского округа, в период действия ограничительных мероприятий по оказанию медицинской помощи исходя из численности прикрепленных либо численности обслуживаемых соответствующей медицинской организацией застрахованных в Камчатском крае граждан.