|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5.2  к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию  от ­­­30.01.2024 года № 1/2024 |

**Порядок оплаты скорой медицинской помощи в 2024 году**

1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего Порядка определяется механизм оплаты скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам, на догоспитальном этапе.

1.2. Порядок устанавливает механизм финансового и организационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования Камчатского края.

1.3. В Камчатском крае применяются следующие способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

1) по подушевому нормативу финансирования на обслуживаемое застрахованное население - при оказании скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным в Камчатском крае;

2) по тарифам за 1 вызов – при оказании скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, а также при проведении тромболитической терапии на догоспитальном этапе.

1.4. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, оказанной не застрахованным и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования лицам, а также оплата безрезультатных выездов (кроме случая, когда пациент практически здоров), доставка крови и ее компонентов осуществляется за счет средств краевого бюджета.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

2. Расчет стоимости скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

2.1. Оплата скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется на основании заключенного Договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по тарифам, установленным Соглашением об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2.2. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии.

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

**ФДПн = ПНбаз** х **КДпв** х **КДур** х **КДзп** х **КД,** где

**ФДПн**– фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинской организации в расчете на год;

**ПНбаз** – базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, на год;

**КДпв** – коэффициент половозрастного состава, учитывающий половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения (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 |
| 2,6491 | 2,4656 | 1,7857 | 1,5844 | 0,6591 | 0,6067 | 0,6900 | 0,9930 | 2,1236 | 2,5881 |

**КДур** – коэффициент уровня расходов медицинской организации (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации);

**КДзп** – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Камчатском крае;

**КД** – коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи.

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

2.5. Ежемесячный размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, определяется исходя из значения фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на месяц и численности обслуживаемого населения:

ФОмес= ФДПнмес х Чзоб, где

ФОмес – размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации на месяц;

Чзоб – численность обслуживаемых граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, утвержденная для станции скорой медицинской помощи или отделения скорой медицинской помощи, входящего в состав медицинской организации.

3. Оплата оказанной скорой медицинской помощи

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

1) отдельно формируется реестр счета и счет на оплату скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае, по тарифу на основе подушевого норматива на обслуживаемое население.

Счет заполняется по установленной форме с обязательным указанием:

- количества застрахованных граждан, обслуживаемых станцией скорой медицинской помощи;

- размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи по тарифу на основе подушевого норматива на отчетный месяц;

- суммы к оплате, соответствующей размеру финансового обеспечения скорой медицинской помощи на отчетный месяц.

В реестре счета заполняются персонифицированные сведения о застрахованных гражданах и об оказанной им в отчетном периоде скорой медицинской помощи по тарифам за вызов.

При предъявлении к оплате счетов и реестров счетов за оказанную скорую медицинскую помощь осуществляется расчет индивидуальных коэффициентов соответствия в целях приведения итоговой суммы по реестру в соответствие с размером финансового обеспечения скорой медицинской помощи по тарифу на основе подушевого норматива на отчетный месяц.

Индивидуальный коэффициент соответствия (Кподуш) рассчитывается медицинской организацией для реестров счетов по каждой страховой медицинской организации по следующей формуле:

**Кподуш = СУМ подуш / СУМ**, где

СУМ подуш – сумма по счету в размере финансового обеспечения скорой медицинской помощи по тарифу на основе подушевого норматива на отчетный месяц;

СУМ – стоимость оказанной скорой медицинской помощи по тарифу 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. В электронной форме реестра в значении элемента «SUMV» по каждой строке отражается сумма с учетом индивидуального коэффициента соответствия (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

Далее рассчитывается сумма коррекции, как разница между суммой по счету в размере финансового обеспечения скорой медицинской помощи по тарифу на основе подушевого норматива на отчетный 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) Отдельно формируется реестр счета и счет:

- на оплату скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, 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;

- на оплату скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае, с проведением тромболитической терапии.

3.2. Страховые медицинские организации ежемесячно в сроки, предусмотренные Договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оплачивают счета медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, в полном объеме, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3.3. Случаи оказанной скорой 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 тарифам за вызов с учётом Кподуш.

3.4. Уменьшение оплаты, применение штрафных санкций по результатам контроля осуществляется исходя из тарифов за вызов скорой помощи с учетом подушевого финансирования и поправочных коэффициентов.

Направление аванса медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.