Приложение 2

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

от 05.03.2021 года № 2/2021

«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 c учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), с 01.04.2021 года**

**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 численностью 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 (проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, иных диагностических исследований, предусмотренных Приложением 7 к Соглашению № 1/2021);

- 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 по подушевому нормативу финансирования 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 \* (1 - Дрд)+ ∑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;

**Дрд** – доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности. Значение Дрд устанавливается в размере 0,001;

**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.

1.5. 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.

1.6. 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 апрель 2021 года) по каждой медицинской организации в соответствии с порядком, установленным приложением 2.1.1 к Соглашению № 1/2021.

1.7. 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.

1.8. Оплата страховыми медицинскими организациями лабораторных исследований, проведенных на базе централизованной клинико-диагностической лаборатории II уровня ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», микробиологической лаборатории ГБУЗ «Камчатская краевая детская инфекционная больница», оплата цитологических исследований на базе ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер» осуществляется страховыми медицинскими организациями за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации, направившей на лабораторные исследования.

**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 формируется счет и реестр счета 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.»