Приложение 2

к Тарифному соглашению в системе обязательного

медицинского страхования Новосибирской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

1. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется:

- 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);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, приведен в приложении 1 к настоящему порядку.

2. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями или их структурными подразделениями (далее - МО), по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется из общего подушевого норматива финансирования, утвержденного ТП ОМС.

2.1. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее подушевое финансирование) в рамках реализации ТП ОМС производится за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях врачами-терапевтами, врачами - педиатрами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами медицинских кабинетов и/или здравпунктов образовательных учреждений, врачами-специалистами – офтальмологом, оториноларингологом, эндокринологом, детским эндокринологом, неврологом, кардиологом, детским кардиологом, хирургом, детским хирургом, инфекционистом, травматологом, а также медицинским персоналом, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием, включая проведение диагностических исследований.

Подушевой норматив финансирования включает финансовые средства на оплату собственной деятельности МО, а также средства на оплату первичной медико-санитарной помощи, включенной в подушевой норматив финансирования и оказанной не по месту прикрепления (далее - внешние услуги).

Внешние медицинские услуги оплачиваются МО за оказанную медицинскую помощь по тарифам за единицу объема медицинской помощи, действующим для МО, оказавшей внешнюю услугу.

2.2. В состав подушевого норматива финансирования не входит и оплачивается отдельно по тарифам МЭС следующая первичная медико-санитарная помощь (медицинские услуги), оказываемая:

а) в центрах здоровья,

б) при проведении всех видов диспансеризации граждан,

в) при проведении профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами,

г) в неотложной форме, включая медицинскую помощь, оказанную в приемных отделениях стационаров,

д) врачами – специалистами, не включенными в п. 2.1,

е) отдельные диагностические услуги (таблица 1), предоставляемые в медицинских организациях в соответствии с маршрутизацией потока больных, установленной приказами Минздрава НСО,

ж) новорожденным, не имеющим полиса ОМС,

з) расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях.

Таблица 1

Перечень отдельных диагностических услуг,

не включенных в состав подушевого норматива финансирования

первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование исследований | Код МЭС |
| Рентгеновская компьютерная томография | 731171-731172, 731175-731176 |
| Эхокардиография | 733101 |
| Триплексное сканирование сосудов | 732041 |
| Пренатальный скрининг I триместра  | 736282 |
| Радиоизотопные исследования | 737001-737002, 737004,737006-737008, 737015, 737017, 737019-737032 |
| Медико-генетические исследования | 738001-738005, 738007, 738011-738015 |
| Иммуногистохимическое исследование при раке молочной железы | 740007 |
| Магнитно-резонансная томография для детей | 744033-744034 |

2.3. Прикрепление застрахованных лиц к МО для получения первичной медико-санитарной помощи осуществляется в соответствии с Порядком взаимодействия участников системы ОМС при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных по ОМС лицах, прикрепленных к медицинским организациям для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области, утвержденным приказом министерства здравоохранения Новосибирской области и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Новосибирской области от 16.02.2015 № 427/35.

Учет сведений о прикреплении застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию к МО на территории Новосибирской области осуществляется в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

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

Страховая медицинская организация (далее СМО) и МО по состоянию на 01 число отчетного месяца проводят сверку численности прикрепленного населения к МО в разрезе половозрастных групп населения с оформлением «Акта сверки сведений о численности застрахованных лиц в СМО, прикрепленных к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».

2.5. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$ФО\_{СР}^{АМБ} = \frac{\left(Но\_{ПРОФ }× Нфз\_{ПРОФ}+ Но\_{ОЗ}× Нфз\_{ОЗ}+ Но\_{НЕОТЛ}× Нфз\_{НЕОТЛ}\right)×Чз-ОС\_{МТР}}{Чз} $ (1), где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$ФО\_{СР}^{АМБ}$$ | \_ | средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области, 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 Новосибирской области, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей; |
| Чз | \_ | численность застрахованного населения Новосибирской области, человек. |

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$Пн\_{БАЗ }$=$ \frac{(ФО\_{СР}^{АМБ}×Ч\_{З}-ОС\_{ЕО1})}{Ч\_{з}}$ (2), где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПнБА3 |  \_ | базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей; |
| ОСЕО1 | - \_ | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Новосибирской области. |

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области, в расчете на одно застрахованное лицо в месяц составляет 210 рублей.

2.6.  Финансирование МО производится по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования и средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива для i-группы медицинской организации:

Фi = ПнБА3 × СКДинтi × Чi, (3), где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фi | \_ |  объем финансирования для i-й медицинской организации; |
| Чi | \_ | численность прикрепленных к i-той медицинской организации граждан; |
| СКДинтi | \_ | средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для i-той группы (таблица 2). |

Таблица 2

Значения средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации

подушевого норматива для i-группы медицинской организации (СКДинтi)

|  |  |
| --- | --- |
| Группа МО | Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива |
| 1 | 0,86 |
| 2 | 0,91 |
| 3 | 1,19 |
| 4 | 1,5 |

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для i-той группы (СКДинтi) рассчитывается на основе полученных значений интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива, определенных для каждой медицинской организации (КДинт).

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$КД\_{ИНТ}=КД\_{ПВ}×КД\_{ПН}×КД\_{СИ}×КД\_{ЗП}$, (4), где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$КД\_{ИНТ}$$ | – | интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации; |
| $$КД\_{ПВ}$$ | – | половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации; |
| $$КД\_{ПН}$$ | – | коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения Новосибирской области; |
| $$КД\_{СИ}$$ | – | коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций; |
| $$КД\_{ЗП}$$ | – | коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Новосибирской области. |

2.6.1. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива численность застрахованных лиц в Новосибирской области распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль - один год мужчины/женщины;

- один год - четыре года мужчины/женщины;

- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

- восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;

- восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;

- шестьдесят лет и старше мужчины;

- пятьдесят пять лет и старше женщины.

Значения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива приведены в таблице 3.

Таблица 3

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (КДпв)

|  |  |
| --- | --- |
| Пол | Возраст застрахованных граждан |
| от 0 до 1 лет | от 1 до 4 лет | от 5 до 17 лет | от 18 до 59 лет | от 18 до 54 лет | 60 лет и старше | 55 лет и старше |
| Мужчины | 4,208 | 2,491 | 1,468 | 0,440 | - | 1,058 | - |
| Женщины | 4,071 | 2,365 | 1,414 | - | 0,666 | - | 1,325 |

2.6.2. Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (КДсиi) рассчитывается по формуле:

$КД\_{СИ}$ = $КР\_{СИi}/Чi/(КР\_{СИ}^{НСО}/Чз)$ (5), где

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$КР\_{СИi}$$ | \_ | кассовые расходы i-той МО в части расходов на содержание имущества АПП за предыдущий период; |
| $$Чi$$ | \_ | численность прикрепленных к i-той медицинской организации граждан; |
| $$КР\_{СИ}^{НСО}$$ | \_ | кассовые расходы МО в части расходов на содержание имущества АПП за предыдущий период. |

Значения коэффициентов дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций подушевого норматива приведены в таблице 4.

Таблица 4

Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (КДси)

|  |  |
| --- | --- |
| Группа МО | Средневзвешенный коэффициент i-ой группы |
| 1 | 0,74 |
| 2 | 0,97 |
| 3 | 1,23 |
| 4 | 1,54 |

2.6.3. Значения коэффициентов дифференциации, учитывающих особенности расселения и плотность прикрепленного населения, и коэффициентов дифференциации, учитывающих достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Новосибирской области, приведены в таблице 5 и таблице 6 соответственно.

Таблица 5

Коэффициенты дифференциации, учитывающие особенности расселения и плотность прикрепленного населения (КДпн)

|  |  |
| --- | --- |
| Группа МО | Средневзвешенный коэффициент i-ой группы |
| 1 | 1,26 |
| 2 | 1,03 |
| 3 | 0,95 |

Таблица 6

Коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей

уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Новосибирской области (КДЗП)

|  |  |
| --- | --- |
| Группа МО | Средневзвешенный коэффициент i-ой группы |
| 1 | 0,86 |
| 2 | 1,01 |
| 3 | 1,07 |
| 4 | 1,12 |
| 5 | 1,23 |

2.6.4. Перечень медицинских организаций по группам, сформированным с учетом средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации, приведен в таблице 7.

Таблица 7

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код МО | Наименование МО | Поло-возрастные коэффициенты дифферен-циации | Коэффициент дифференциации по плотности прикрепленного населения | Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание | Коэффициент дифференциации по достижениям целевых показателей уровня заработной платы, установленных «дорожной картой» | Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива |
| группа МО | значение | группа МО | значение | группа МО | значение | группа МО | значение |
| (КДпв) | (ДПН) | (КДСИ) | (КДЗП) | (СКДинтi) |
| 4 | ГБУЗ НСО «ГНОКГВВ» | 0,84 | 3 | 0,95 | 4 | 1,54 | 5 | 1,23 | 3 | 1,19 |
| 103 | ГБУЗ НСО «ГКБ № 2» | 0,79 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 2 | 1,01 | 1 | 0,86 |
| 104 | ГБУЗ НСО «ГКБ № 12» | 0,99 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 2 | 1,01 | 1 | 0,86 |
| 105 | ГБУЗ НСО «ДГКБ № 6» | 1,86 | 3 | 0,95 | 4 | 1,54 | 1 | 0,86 | 4 | 1,50 |
| 112 | ГБУЗ НСО «ГБ № 4» | 1 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 3 | 1,07 | 1 | 0,86 |
| 115 | ГБУЗ НСО «ДГКБ № 1» | 1,85 | 3 | 0,95 | 2 | 0,97 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 116 | ГБУЗ НСО «ГКП № 13» | 1,05 | 3 | 0,95 | 2 | 0,97 | 2 | 1,01 | 2 | 0,91 |
| 120 | ГБУЗ НСО «ДГКБ № 4 имени В.С. Гераськова» | 1,86 | 3 | 0,95 | 3 | 1,23 | 3 | 1,07 | 4 | 1,50 |
| 123 | ГБУЗ НСО «ГКБ № 11» | 0,77 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 2 | 1,01 | 1 | 0,86 |
| 125 | ГБУЗ НСО «ГКБ №34» | 0,82 | 3 | 0,95 | 3 | 1,23 | 5 | 1,23 | 3 | 1,19 |
| 130 | ГБУЗ НСО «ГКБ № 19» | 1,03 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 1 | 0,86 | 1 | 0,86 |
| 131 | ГБУЗ НСО «ГБ № 3» | 1 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 4 | 1,12 | 1 | 0,86 |
| 135 | ГБУЗ НСО «ГВВ № 3» | 0,77 | 3 | 0,95 | 3 | 1,23 | 2 | 1,01 | 2 | 0,91 |
| 140 | ГБУЗ НСО «ГКБ № 25» | 0,99 | 3 | 0,95 | 4 | 1,54 | 3 | 1,07 | 3 | 1,19 |
| 143 | ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России | 0,78 | 3 | 0,95 | 3 | 1,23 | 1 | 0,86 | 1 | 0,86 |
| 145 | НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД» | 0,79 | 3 | 0,95 | 2 | 0,97 | 1 | 0,86 | 1 | 0,86 |
| 150 | ЦКБ СО РАН | 1,03 | 3 | 0,95 | 4 | 1,54 | 1 | 0,86 | 3 | 1,19 |
| 160 | ГБУЗ НСО «ГП № 14» | 0,99 | 3 | 0,95 | 3 | 1,23 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 204 | ГБУЗ НСО «ГП № 17» | 0,98 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 2 | 1,01 | 1 | 0,86 |
| 217 | ГБУЗ НСО «ККДП № 27» | 0,99 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 1 | 0,86 | 1 | 0,86 |
| 225 | ГБУЗ НСО «ГП № 21» | 0,76 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 1 | 0,86 | 1 | 0,86 |
| 230 | ГБУЗ НСО «ГП № 16» | 0,76 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 2 | 1,01 | 1 | 0,86 |
| 233 | ГБУЗ НСО «ГП № 24» | 0,97 | 3 | 0,95 | 2 | 0,97 | 2 | 1,01 | 2 | 0,91 |
| 234 | ГБУЗ НСО «ГП № 18» | 1,15 | 3 | 0,95 | 2 | 0,97 | 2 | 1,01 | 2 | 0,91 |
| 237 | ГБУЗ НСО «ГП № 7» | 1 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 2 | 1,01 | 1 | 0,86 |
| 241 | ГАУЗ НСО «ГКП № 1» | 1,11 | 3 | 0,95 | 4 | 1,54 | 4 | 1,12 | 4 | 1,50 |
| 260 | ГБУЗ НСО «ГП № 2» | 1,03 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 1 | 0,86 | 1 | 0,86 |
| 265 | ГБУЗ НСО «КДП № 2» | 0,96 | 3 | 0,95 | 3 | 1,23 | 3 | 1,07 | 3 | 1,19 |
| 267 | ГБУЗ НСО «ГП № 22» | 1 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 1 | 0,86 | 1 | 0,86 |
| 268 | ГБУЗ НСО «ГП № 20» | 0,99 | 3 | 0,95 | 3 | 1,23 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 269 | ГБУЗ НСО «ГП № 29» | 1,01 | 3 | 0,95 | 3 | 1,23 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 341 | ООО «Санталь» | 0,92 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 1 | 0,86 | 1 | 0,86 |
| 600 | ГБУЗ НСО «Баганская ЦРБ» | 1,01 | 1 | 1,26 | 4 | 1,54 | 2 | 1,01 | 4 | 1,5 |
| 601 | ГБУЗ НСО «Барабинская ЦРБ» | 1,03 | 2 | 1,03 | 3 | 1,23 | 4 | 1,12 | 3 | 1,19 |
| 602 | ГБУЗ НСО «Болотнинская ЦРБ» | 1 | 2 | 1,03 | 1 | 0,74 | 2 | 1,01 | 1 | 0,86 |
| 603 | ГБУЗ НСО «Венгеровская ЦРБ» | 1 | 1 | 1,26 | 4 | 1,54 | 1 | 0,86 | 3 | 1,19 |
| 604 | ГБУЗ НСО «Доволенская ЦРБ» | 1 | 1 | 1,26 | 4 | 1,54 | 4 | 1,12 | 4 | 1,5 |
| 605 | ГБУЗ НСО «Здвинская ЦРБ» | 0,97 | 1 | 1,26 | 2 | 0,97 | 5 | 1,23 | 3 | 1,19 |
| 607 | ГБУЗ НСО «ИЦГБ» | 1 | 3 | 0,95 | 4 | 1,54 | 3 | 1,07 | 3 | 1,19 |
| 610 | ГБУЗ НСО «Карасукская ЦРБ» | 1,04 | 2 | 1,03 | 4 | 1,54 | 1 | 0,86 | 3 | 1,19 |
| 611 | ГБУЗ НСО «Каргатская центральная районная больница» | 1,02 | 1 | 1,26 | 4 | 1,54 | 1 | 0,86 | 3 | 1,19 |
| 612 | ГБУЗ НСО «Колыванская ЦРБ» | 1 | 1 | 1,26 | 2 | 0,97 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 613 | ГБУЗ НСО «Коченевская ЦРБ» | 1,01 | 2 | 1,03 | 2 | 0,97 | 2 | 1,01 | 2 | 0,91 |
| 615 | ГБУЗ НСО «Кочковская ЦРБ» | 0,97 | 1 | 1,26 | 3 | 1,23 | 4 | 1,12 | 3 | 1,19 |
| 616 | ГБУЗ НСО «Краснозерская ЦРБ» | 1 | 2 | 1,03 | 4 | 1,54 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 618 | ГБУЗ НСО «Куйбышевская ЦРБ» | 1 | 2 | 1,03 | 1 | 0,74 | 3 | 1,07 | 1 | 0,86 |
| 623 | ГБУЗ НСО «Купинская ЦРБ» | 1 | 1 | 1,26 | 3 | 1,23 | 1 | 0,86 | 3 | 1,19 |
| 624 | ГБУЗ НСО Кыштовская ЦРБ | 0,99 | 1 | 1,26 | 4 | 1,54 | 5 | 1,23 | 4 | 1,50 |
| 625 | ГБУЗ НСО «Маслянинская ЦРБ» | 1,02 | 2 | 1,03 | 1 | 0,74 | 4 | 1,12 | 2 | 0,91 |
| 626 | ГБУЗ НСО «Мошковская ЦРБ» | 1,01 | 2 | 1,03 | 2 | 0,97 | 3 | 1,07 | 2 | 0,91 |
| 628 | ГБУЗ НСО «НКЦРБ» | 1,02 | 2 | 1,03 | 4 | 1,54 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 630 | ГБУЗ НСО «Ордынская ЦРБ» | 1 | 2 | 1,03 | 4 | 1,54 | 3 | 1,07 | 3 | 1,19 |
| 631 | ГБУЗ НСО «Северная ЦРБ» | 0,97 | 1 | 1,26 | 4 | 1,54 | 3 | 1,07 | 4 | 1,50 |
| 632 | ГБУЗ НСО «Сузунская ЦРБ» | 1,02 | 2 | 1,03 | 4 | 1,54 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 634 | ГБУЗ НСО «Татарская ЦРБ им. 70-лет. НСО» | 1,01 | 2 | 1,03 | 3 | 1,23 | 1 | 0,86 | 3 | 1,19 |
| 636 | ГБУЗ НСО «Тогучинская ЦРБ» | 1,01 | 2 | 1,03 | 4 | 1,54 | 4 | 1,12 | 4 | 1,50 |
| 639 | ГБУЗ НСО «Убинская ЦРБ» | 0,97 | 1 | 1,26 | 4 | 1,54 | 4 | 1,12 | 4 | 1,50 |
| 640 | ГБУЗ НСО «Усть-Таркская ЦРБ» | 0,99 | 1 | 1,26 | 4 | 1,54 | 3 | 1,07 | 4 | 1,50 |
| 641 | ГБУЗ НСО «Чановская ЦРБ» | 1,01 | 1 | 1,26 | 3 | 1,23 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 642 | ГБУЗ НСО «Черепановская ЦРБ» | 1,01 | 2 | 1,03 | 2 | 0,97 | 2 | 1,01 | 2 | 0,91 |
| 645 | ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» | 0,97 | 1 | 1,26 | 3 | 1,23 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 646 | ГБУЗ НСО «Чулымская ЦРБ» | 0,99 | 1 | 1,26 | 3 | 1,23 | 2 | 1,01 | 3 | 1,19 |
| 647 | ГБУЗ НСО «БЦГБ» | 1,02 | 3 | 0,95 | 2 | 0,97 | 4 | 1,12 | 2 | 0,91 |
| 651 | ГБУЗ НСО «ОЦГБ» | 1,01 | 3 | 0,95 | 2 | 0,97 | 4 | 1,12 | 2 | 0,91 |
| 655 | ГБУЗ НСО «Линевская РБ» | 1,01 | 2 | 1,03 | 4 | 1,54 | 1 | 0,86 | 3 | 1,19 |
| 657 | ГБУЗ НСО «НРБ № 1» | 1,02 | 3 | 0,95 | 1 | 0,74 | 4 | 1,12 | 1 | 0,86 |
| 868 | НУЗ «Узловая больница на ст. Карасук ОАО «РЖД» | 0,77 | 2 | 1,03 | 1 | 0,74 | 1 | 0,86 | 1 | 0,86 |
| 869 | НУЗ «Узловая больница на ст. Барабинск ОАО «РЖД» | 0,78 | 2 | 1,03 | 2 | 0,97 | 1 | 0,86 | 1 | 0,86 |
| 873 | НУЗ «Узловая поликлиника на ст.Татарская ОАО «РЖД» | 0,8 | 2 | 1,03 | 3 | 1,23 | 1 | 0,86 | 2 | 0,91 |

2.7. Сведения об оказании первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, формируется МО, в отдельные реестры счетов:

- на оплату медицинской помощи, оказанной медицинским персоналом, перечисленном в п.2.1., застрахованным лицам, прикрепившимся к МО;

- на оплату внешних услуг, оказанных медицинским персоналом, перечисленном в п.2.1., застрахованным лицам, прикрепившимся к другим МО;

- на оплату медицинской помощи, перечисленную в п.2.2.

Реестры счетов формируются по действующим тарифам, установленным для МО, оказавшей медицинскую помощь.

Показания для направления прикрепленных граждан для получения плановой первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях вне МО прикрепления, определяются врачом МО, к которому прикреплен застрахованный, при этом оформляется направление в соответствии с учётной формой (приложение 1 к настоящему Порядку).

При обращении застрахованных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, МО - исполнитель оказывает медицинские услуги без направления.

В случае отсутствия информации о прикреплении застрахованного гражданина на 1 число отчетного месяца, в сведениях об оказании медицинской помощи указывается код МО, прикрепившей застрахованного в отчетном месяце (оказавшей медицинскую помощь).

2.8. Сведения об оказанной медицинской помощи и счета на оплату медицинской помощи предоставляются в СМО, выдавшие полис ОМС. Идентификация застрахованных лиц, не имеющих в момент обращения за медицинской помощью полисов ОМС, производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Формирование сведений об оказанной медицинской помощи МО производится в электронном виде с заполнением всех обязательных полей:

- тип документа (полис, паспорт, др.),

- серия и номер полиса ОМС,

- наименование СМО, выдавшей полис ОМС,

- страховой статус (застрахован, иногородний),

- фамилия, имя, отчество (полностью в разных полях),

- пол (мужской, женский),

- дата рождения (число, месяц, год),

- код МЭС,

- код по МКБ-10,

- код поликлиники по месту прикрепления пациента;

- номер амбулаторной карты, талона пациента.

- код врача,

- фактическое количество посещений в поликлинике (на дому), УЕТ (для врачебного и среднего персонала),

- цель посещения: 1) по поводу заболевания, 2) профилактическая, 3) неотложная, 4) паллиативная, 5) другое, 6) направлен военкоматом, 7) выписка рецепта.

- код кабинета,

- дата забора материала для диагностических исследований,

- дата проведения исследования,

- даты посещения,

- код услуги (в соответствии приложением 7 к письму Минздрава России № 11-7/10/2-8080, ФОМС № 13572/26-2/и от 21.11.2017 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Дополнительно при формировании сведений в электронном виде об оказанной медицинской помощи МО при проведении диспансеризации ( профилактического медицинского осмотра) указываются следующие поля:

- признак мобильной медицинской бригады (0-нет, 1-да),

- вид назначения (обязательное поле при присвоении группы здоровья, кроме I и II),

- результат проведения диспансеризации,

- признак диспансерного наблюдения (0-нет, 1-да),

- диагноз основной (код из справочника МКБ до уровня подрубрики),

- установлен впервые (основной) (обязательно указывается «1», если основной диагноз выявлен впервые в результате проведённой диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)).

2.9. СМО при оплате первичной медико-санитарной помощи по подушевому финансированию определяет объем финансового обеспечения МО с учетом взаиморасчетов за оказанные внешние услуги и результатов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, и направляет в МО информационную справку-расчет (приложение 2 к настоящему Порядку).

Взаиморасчеты производятся по действующим в системе ОМС тарифам, установленным для МО, оказавшей медицинскую помощь.

2.10. МО, предоставившая внешние услуги, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, направляет сведения о первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях застрахованным лицам, прикрепившимся к другим МО, по месту прикрепления, для проведения сверки. Сверка проводится до 20 числа месяца, следующего за отчетным.

В случае выявления несоответствий, составляется акт разногласий с приложением копии из реестра счетов несогласованных случаев оказания плановой медицинской помощи.

Акт разногласий составляется в 2-х экземплярах и подписывается двумя сторонами. Один экземпляр после подписания остается в направившей МО, второй направляется МО - исполнителю. Копия акта разногласий предоставляется в СМО. В случае не предоставления в СМО копии акта разногласий до 25 числа расчеты по предъявленным реестрам счетов считаются окончательными.

Акты разногласий не формируются при проведении взаиморасчетов за:

- медицинскую помощь, оказанную в кабинетах ДШО (код отделения 90),

- целевые медицинские осмотры на выявление туберкулеза (код МЭС 300009),

- профилактические медицинские осмотры лиц при проведении вакцинации (код МЭС 300039),

- случаи оказания неотложной помощи (включая все посещения по законченному случаю),

- случаи проведения обязательных диагностических исследований и оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, по направлению военных комиссариатов.

2.11. СМО на основании базы данных медицинских услуг осуществляет формирование суммы взаиморасчетов в разрезе направивших МО. Сумма формируется с учетом предоставленных актов разногласий.

Информацию о стоимости медицинской помощи, подлежащих взаиморасчету, СМО доводит до сведения МО.

В случае непредоставления МО - исполнителем сведений о первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях застрахованным лицам, прикрепившимся к другим МО, по месту прикрепления, в сроки, определенные п.2.10, реестры счетов внешних услуг не подлежат оплате СМО.

3. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями или их структурными подразделениями (далее - МО), за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) производится на основании счетов и реестров счетов в пределах объемов установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Формирование сведений об оказанной медицинской помощи производится в порядке, изложенном в п. 2.9.

3.1. Расчет стоимости медицинской помощи производится по тарифам МЭС в соответствии с установленными для медицинской организации уровнем (подуровнем) оказания медицинской помощи в части расходов по оплате труда и расходов на содержание медицинской организации (Приложение 7 к настоящему Тарифному соглашению).

Стоимость лечения определяется исходя из фактически выполненных объемов медицинской помощи, но не более стоимости тарифа МЭС.

3.2. Стоимость лечения на до госпитальном, амбулаторном, диспансерном этапах, в центрах здоровья и при медицинских осмотрах, консультативном приеме по направлению других медицинских организаций определяется по формуле:

С = Ст / ∑(Кnij × kij ) × ∑(Кфij × kij ) (6), где

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| С | \_ | стоимость законченного случая амбулаторно-поликлинического обслуживания; |
| Ст | \_ | тариф МЭС; |
| Кnij | \_ | количество посещений по МЭС; |
| Кфi | \_ | фактическое количество i-ых посещений; |
| kij | \_ | коэффициент приведения j-того вида посещений к посещениям в поликлинике по i-той специальности (таблица 8). |

Таблица 8

Коэффициенты приведения посещений к посещениям на приеме в поликлинике

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кабинет | Название кабинета | Коэффициенты приведения j-того вида посещений к посещениям на приеме в поликлинике (kij) |
|  | на медицинском осмотре Кмо | на консультативном приеме Кк | на дому Кд | на операции Коп |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Терапевтический | 0,64 | 1,29 | 2,25 | 1,00 |
| 2 | Хирургический  | 0,50 | 1,50 | 6,00 | 3,75 |
| 3 | Офтальмологический  | 0,63 | 1,67 | 4,20 | 3,70 |
| 4 | Неврологический  | 0,60 | 1,29 | 3,60 | 1,00 |
| 5 | Отоларингологический  | 0,72 | 1,50 | 3,00 | 3,60 |
| 6 | Кардиологический | 0,72 | 1,50 | 2,00 | 1,00 |
| 7 | Гастроэнтерологический  | 0,68 | 1,21 | 2,25 | 1,00 |
| 8 | Эндокринологический  | 0,61 | 1,48 | 2,17 | 1,00 |
| 9 | Травматологический  | 0,41 | 1,27 | 5,60 | 3,50 |
| 10 | Пульмонологический  | 0,82 | 1,00 | 2,80 | 1,00 |
| 11 | Урологический  | 0,64 | 1,25 | 3,60 | 2,25 |
| 12 | Гинекологический  | 0,66 | 1,40 | 3,80 | 2,40 |
| 13 | Онкологический  | 0,61 | 1,00 | 3,00 | 1,00 |
| 14 | Инфекционный | 0,83 | 1,04 | 2,50 | 1,00 |
| 16 | Дерматологический  | 0,50 | 1,50 | 2,00 | 1,00 |
| 21 | Гематологический  | 0,90 | 1,00 | 1,50 | 1,00 |
| 22 | Нефрологический  | 0,82 | 1,00 | 2,80 | 1,00 |
| 23 | Аллергологический  | 0,57 | 1,25 | 2,70 | 1,00 |
| 24 | Нейрохирургический | 0,96 | 1,00 | 1,00 | 1,50 |
| 25 | Кардиоревматологический детский | 0,82 | 1,40 | 1,75 | 1,00 |
| 28 | Сурдология (сурдоцентр) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 30 | Ревматологический  | 0,66 | 1,33 | 2,00 | 0,00 |
| 31 | Офтальмологический детский | 0,70 | 2,00 | 3,90 | 3,50 |
| 32 | Педиатрический | 0,64 | 1,50 | 2,26 | 1,00 |
| 34 | Аллергологический детский | 0,78 | 1,25 | 2,30 | 1,00 |
| 35 | Дерматологический детский | 0,57 | 1,50 | 2,00 | 1,00 |
| 36 | Неврологический детский | 0,60 | 1,31 | 3,40 | 1,00 |
| 37 | Отоларингологический детский | 0,70 | 1,50 | 3,00 | 3,50 |
| 39 | Травматологический детский | 1,00 | 1,27 | 5,60 | 3,50 |
| 40 | Урологический детский | 0,80 | 1,00 | 2,72 | 2,00 |
| 42 | Хирургический детский | 0,50 | 1,33 | 2,00 | 3,50 |
| 43 | Эндокринологический детский | 0,50 | 1,50 | 2,00 | 1,00 |
| 45 | Иммунологический детский | 0,82 | 1,40 | 1,60 | 1,00 |
| 46 | Фонеатрический | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 52 | Сердечно-сосудистый хирургический | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 53 | Ортопедический  | 0,41 | 1,27 | 5,60 | 3,50 |
| 54 | Ортопедический детский  | 0,41 | 1,27 | 5,60 | 3,50 |
| 55 | Проктологический | 0,82 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 75 | Генетика | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 78 | Онкологический детский | 0,50 | 0,66 | 1,50 | 1,00 |
| 79 | Гемотологический детский | 0,90 | 1,00 | 1,50 | 1,00 |
| 80 | Нефрологический детский | 0,82 | 1,00 | 2,80 | 1,00 |
| 83 | Гинекологический детский | 0,66 | 1,40 | 3,80 | 2,40 |
| 84 | ФАП | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 88 | Неотложной помощи взрослый | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 89 | Неотложной помощи детский | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 90 | Дошкольно-школьное отделение | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 94 | Нейрохирургия детская | 0,96 | 1 | 1 | 1,5 |

3.3. Стоимость лечения при оказании стоматологической помощи определяется исходя из фактически выполненных УЕТ, но не более стоимости тарифа МЭС, по формуле:

Сс= Ст / К × Кф + Н (7), где

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сс | \_ | стоимость законченного случая лечения по стоматологической помощи; |
| Ст | \_ | тариф МЭС; |
| К | \_ | стандарт УЕТ по МЭС; |
| Кф | \_ | фактическое количество УЕТ; |
| Н | \_ | сочетанная анестезия. |

В случае применения сочетанной анестезии (код услуги – В01.003.004.011) при санации множественного осложнения кариеса у детей до 3 лет, а также по медицинским показаниям у детей независимо от возраста, по МЭС 952033, 952034, 952035, 952041, 952045, 952046 к стоимости законченного случая лечения прибавляется дополнительный норматив компенсируемых затрат на расходные материалы в размере 1 925 руб.

3.4. Стоимость законченного случая медицинского осмотра, проведенного i-тым специалистом, определяется по формуле:

Смо = Стi (8), где

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стi | \_ | тариф МЭС для i-той специальности. |

3.5. В случае оказания неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, с числом посещений больше 1 и включающим неотложное посещение, стоимость медицинской помощи определяется по 2 кодам МЭС – по тарифу МЭС неотложной помощи (1 неотложное посещение) и тарифу МЭС соответствующего кода диагноза МКБ-10 (остальные посещения). Стоимость таких случаев оказания медицинской помощи определяется по формуле:

С = Сн + Сз (9), где

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сн | \_ | тариф МЭС по неотложной помощи; |
| Сз | \_ | стоимость законченного случая поликлинического обслуживания по соответствующему тарифу МЭС, определенная в соответствии с пунктами 3.1-3.2. |

В случае оказания неотложной медицинской помощи в приемном отделении стационара стоимость медицинской помощи определяется по тарифу на медицинскую помощь, оказанную в приемном отделении стационаров (отказы от госпитализации), по коду МЭС 6400001.

3.6. Стоимость лечения при проведении диагностических обследований определяется исходя из фактически выполненных УЕТ, но не более стоимости тарифа МЭС, по формуле:

Сс= Ст / К × Кф (10), где

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сс | \_ | стоимость законченного случая лечения по диагностическим услугам; |
| Ст | \_ | тариф МЭС; |
| К | \_ | стандарт УЕТ по МЭС; |
| Кф | \_ | фактическое количество УЕТ. |

Стоимость случая проведения магнитно-резонансной томографии (код МЭС 744031-744034) определяется по формуле:

Смрт = Стi (11), где

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стi | \_ | тариф МЭС. |

3.7. Оплата диагностическим центрам и централизованным лабораториям (далее – МО – исполнитель) за проведенные диагностические исследования лицам, застрахованным в системе ОМС, в централизованном порядке осуществляется при наличии направления от направляющей медицинской организации (далее – направляющая МО), работающей в системе ОМС, путем проведения СМО взаиморасчетов между направляющей МО и МО-исполнителем, за исключением случаев, указанных в п. 3.8настоящего Порядка.

Код направляющей МО при формировании реестров счетов за оказанные диагностические услуги указывается в поле «Поликлиника прикрепления».

Взаиморасчеты проводятся в порядке, определенном пп. 2.10-2.11 настоящего Порядка.

3.8. Без направлений из другой медицинской организации могут быть оплачены диагностические исследования ГБУЗ НСО «ГКБ №1», ФГБУ «ФЦН» Минздрава России и ГБУЗ НСО «ГНОКБ», проведенные по направлению врачей – консультантов данных медицинских организаций в объеме не более 25%, 25% и 15% соответственно, от общей суммы счетов за диагностические услуги, предъявленных к оплате. В этом случае в поле «Поликлиника прикрепления» указывается собственный код медицинской организации.

Не подлежит взаиморасчетам и оплачивается по действующим тарифам, в том числе без направлений из другой медицинской организации, пренатальный скрининг I триместра (код МЭС 736282).

3.9. Стоимость проведения диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является обращение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца.

3.10. Оплата диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения.

3.10.1. Расчеты за диагностические и консультационные услуги, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и диспансеризации детей-сирот осуществляются МО самостоятельно, за исключением видов исследований, не подлежащих взаиморасчетам (Таблица 1).

3.10.2. Оплата законченного случая I этапа диспансеризации детей-сирот производится по тарифам МЭС I этапа в случае 100% проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

Оплата законченного случая диспансеризации детей-сирот, включающего I и II этапы, осуществляется после 100% проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, предусмотренных на I этапе и всех необходимых дополнительных консультаций, исследований. В реестр счетов на оплату медицинской помощи включаются случаи проведения диспансеризации с кодом МЭС I и II этапа.

Оплата II этапа производится по тарифам МЭС II этапа по фактическому числу посещений, но не больше тарифа. При формировании реестра в сведениях указывается код кабинета соответствующего врача-специалиста.

3.10.3. Оплата законченного случая I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения производится по тарифам МЭС I этапа в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований).

Оплата законченного случая I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения производится по тарифам МЭС I этапов случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта.

В случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия).

В случае выполнения в рамках I этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, оплата законченного случая осуществляется по тарифам МЭС профилактического медицинского осмотра.

Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считается законченным в случае 100% выполнения осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, предусмотренных в рамках второго этапа диспансеризации.

При определении по результатам I этапа диспансеризации показаний к проведению на II этапе только углубленного профилактического консультирования, II этап диспансеризации считается завершенным при его выполнении, при этом осмотр врачом-терапевтом на II этапе диспансеризации не проводится.

Оплата осмотра специалиста в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (II этап) возможна только после проведения I этапа диспансеризации в течение 6 месяцев с момента его проведения. Количество МЭС, выставленных медицинской организацией в реестр счетов на оплату медицинской помощи в рамках II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, зависит от количества врачей - специалистов, необходимых для дополнительного обследования граждан по результатам I этапа диспансеризации.

3.10.4. Оплата законченного случая при проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения (далее осмотров) осуществляется по тарифам МЭС в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок проведения осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения осмотра), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований)

 В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при проведении осмотра, превышает 15% от объема обследований, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках проведения осмотра и учтенных, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема осмотра, оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия).

3.10.5. Оплата I этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних производится по тарифам МЭС I этапа в случае выполнения объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом результатов осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра врача-специалиста и (или) исследования, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра врача-специалиста и (или) исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования. В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I этапа профилактического осмотра, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований. Оплате подлежат только осмотры и исследования, выполненные в период проведения профилактического осмотра.

Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней.

Оплата осмотра специалиста в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (II этап) возможна только после проведения I этапа диспансеризации. Общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

3.11. Стоимость лечения в амбулаторных условиях при проведении диализа определяется по формуле:

С= ∑Сдиализаi\*Кфi (12), где

С - стоимость одного случая оказания медицинской помощи с применением диализа;

Сдиализаi – стоимость i-той услуги диализа (поправочные коэффициенты к стоимости услуги не применяются);

Кфi – фактическое число проведенных услуг диализа.

При этом в целях учета объемов медицинской помощи диализы, проведенные в течение 1 месяца, учитываются как 1 обращение.

Приложение 1

к порядку применения способов оплаты

медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Направление

на госпитализацию, обследование, консультацию

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Номер страхового полиса ОМС | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

 2. Код льготы | | | |

3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Адрес постоянного места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Место работы, должность

7. Код диагноза по [МКБ](http://base.garant.ru/4100000/) | | | | | |

8. Обоснование направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность медицинского работника, направившего больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. подпись

Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О. подпись

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

 МП

Приложение 2

к порядку применения способов оплаты

медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Расчет суммы

 к перечислению средств подушевого финансирования

за \_\_\_\_\_\_ месяц 201\_\_ г.

Наименование МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Расчет суммы планового месячного размера подушевого финансирования

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст застрахованных, прикрепленных к МО | Численность застрахованных, прикрепленных к МО | Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива | Сумма планового месячного размера подушевого финансирования, рублей |
| муж. | жен. |
| От 0 до 1 года |  |  | х | х |
| От 1 до 4 лет |  |  | х | х |
| От 5 до 17 лет |  |  | х | х |
| От 18 до 54/59 лет |  |  | х | х |
| От 60/55 и старше |  |  | х | х |
| Итого |  |  |  |

2. Расчет суммы подушевого финансирования, подлежащей перечислению

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Плановый месячный размер подушевого финансирования | 100 |  |
| Остаток средств на начало периода (задолженность СМО)  | 200 |  |
| Расчетный аванс (100\*50%) | 300 |  |
| Остаток средств на начало периода (задолженность МО)  | 400 |  |
| Перечислен аванс (500=300-400) | 500 |  |
| Оплачено МО-исполнителям за оказанные внешние услуги, всего | 600 |  |
| в том числе по МО-исполнителям |  |
|  | 601 |  |
|  | 602 |  |
|  | … |  |
| Удержано по результатам экспертиз | 700 |  |
| Подлежит перечислению, руб. \* (800=100+200-400-500-600-700) | 800 |  |

\*Отрицательный результат по строке 800, полученный в результате расчета, является задолженностью МО и при расчете сумм к перечислению в следующем месяце отражается по строке 400

Главный бухгалтер СМО

М.П.