**Приложение 1**

к Тарифному соглашению

**Порядок расчета стоимости медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

1. Расчет стоимости медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, производится в зависимости от способа ее оплаты.

2. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц оплачивается медицинская помощь, не включенная в базовую программу. Финансовое обеспечение медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, осуществляется из средств областного бюджета Новосибирской области, передаваемых в бюджет ТФОМС НСО в форме межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, не включенной в базовую программу ОМС, осуществляется по подушевому принципу финансирования в пределах планового размера финансирования, определенного Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее Комиссия) для каждой медицинской организации.

2.1. За счет средств подушевого финансирования компенсируются затраты медицинской организации на оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, а также при наркологичесих заболеваниях.

Средства подушевого финансирования используются на компенсацию затрат за оказанную медицинскую помощь в части расходов на оплату труда, медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь, содержание медицинской организации.

В состав подушевого норматива финансирования включены соответствующие доли затрат на услуги параклинических отделений, содержание административно–управленческих, хозяйственных служб и медицинской регистратуры, внешних консультаций и обследований.

2.2. Финансирование медицинских организаций производится по дифференцированным месячным подушевым нормативам, рассчитанным на основе планового размера финансирования, определенного Комиссией для каждой медицинской организации.

Дифференцированный месячный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, не установленной базовой программой ОМС, на 1-го застрахованного (Днi) рассчитывается следующим образом:

Днi = Сфдмпi/ Чi /12 (1), где

Сфдмпi – плановая сумма финансирования, определенная Комиссией для i-той медицинской организации,

Чi – численность прикрепленного застрахованного населения к i-той медицинской организации по состоянию на первое число месяца.

2.3. Финансирование медицинских организаций на оказание медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, осуществляется страховыми медицинскими организациями (далее - СМО) ежемесячно в размере планового месячного размера финансирования.

Плановый месячный размер финансирования i-той медицинской организации определяется как произведение дифференцированного месячного подушевого норматива финансирования медицинской помощи и численности прикрепленного застрахованного населения к j-той страховой медицинской организации:

Пмнi = Днi\* Чij (2), где

Чij - численность прикрепленных к i-той медицинской организации граждан, застрахованных j-той страховой медицинской организацией.

ТФОМС НСО в срок до 5 числа доводит до сведения СМО общую численность застрахованного по ОМС населения, прикрепленного к медицинским организациям на 1 число текущего месяца и месячный размер финансирования медицинских организаций.

2.4. Сведения об оказании медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, и счета на ее оплату предоставляются в СМО по принадлежности полиса ОМС в установленные сроки.

Кодировка случаев оказания медицинской помощи, не установленной базовой программой ОМС, приведена в таблице 1.

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кодировка случаев оказания медицинской помощи,  не установленной базовой программой ОМС | | |
|  |  |  |
| Код | Единица измерения | Наименование случая |
| 231001 | посещение | Посещение по поводу заболевания (врач-психиатр) |
| 231002 | посещение | Профилактическое посещение (врач-психиатр) |
| 231003 | посещение | Консультативное посещение (врач-психиатр) |
| 232001 | посещение | Посещение по поводу заболевания (врач-психиатр-нарколог) |
| 232002 | посещение | Профилактическое посещение (врач-психиатр-нарколог) |
| 232003 | посещение | Консультативное посещение (врач-психиатр-нарколог) |
| 233001 | посещение | Посещение по поводу заболевания (врач-фтизиатр) |
| 233002 | посещение | Профилактическое посещение (врач-фтизиатр) |
| 233003 | посещение | Консультативное посещение (врач-фтизиатр) |
| 234001 | посещение | Посещение по поводу заболевания (врач-дерматовенеролог) |
| 234002 | посещение | Профилактическое посещение (врач-дерматовенеролог) |
| 234003 | посещение | Консультативное посещение (врач-дерматовенеролог) |

2.5. Учет численности прикрепленного населения, осуществляется в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами органов государственной власти Российской Федерации и Новосибирской области.

Сверка численности прикрепленного населения медицинской организацией и СМО производится ежемесячно в установленном порядке.

2.6. Предельный размер расходов на оплату труда для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, не включенную в базовую программу ОМС, в амбулаторных условиях, утверждается государственным заданием.

3. Способ оплаты медицинской помощи за единицу объема – за медицинскую услугу, за обращение (законченный случай) используется при оплате медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе лицам, застрахованным за пределами Новосибирской области.

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Новосибирской области, производится СМО на основании счетов медицинских организаций в пределах государственного задания, утвержденного в установленном порядке, с учетом взаиморасчетов за диагностические услуги.

3.1. 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.

3.2. Для расчета стоимости медицинской помощи медицинские организации формируют базу данных медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам, с заполнением всех обязательных полей, предусмотренных программными продуктами:

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

3.2.2. серия и номер полиса ОМС,

3.2.3. наименование СМО, выдавшей полис ОМС,

3.2.4. страховой статус (застрахован, иногородний…),

3.2.5. фамилия, имя, отчество (полностью в разных полях),

3.2.6. пол (мужской, женский),

3.2.7. дата рождения (число, месяц, год),

3.2.8. код МЭС,

3.2.9. код по МКБ-10,

3.2.10. код поликлиники по месту прикрепления пациента;

3.2.11. номер амбулаторной карты, талона пациента.

3.2.12. код врача,

3.2.13. фактическое количество:

- посещений в поликлинике (на дому)

- УЕТ (для врачебного и среднего персонала);

3.2.14. дата открытия талона пациента,

3.2.15. дата закрытия талона пациента,

3.2.16. цель посещения: 1) по поводу заболевания, 2) профилактическая, 3) неотложная, 4) паллиативная, 3.2) другое,

3.2.17. код кабинета,

3.2.18. форма оказания помощи (плановая, неотложная, экстренная).

3.3. Стоимость медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в амбулаторных условиях, складывается из стоимости лечения в части расходов на заработную плату и начисления на выплаты по оплате труда, стоимости лечения в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь и стоимости расходов на содержание медицинской организации, по формуле:

С = С1+С2+С3 (1), где

С1 – стоимость медицинской помощи в части расходов на заработную плату и начислений на выплаты по оплате труда,

С2 – стоимость медицинской помощи в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь, продукты питания,

С3 – стоимость медицинской помощи в части расходов на содержание медицинской организации.

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

3.3.1. Стоимость лечения в части расходов на заработную плату и начисления на выплаты по оплате труда определяется исходя из фактически выполненных объемов медицинской помощи, но не более стоимости тарифа МЭС.

Стоимость лечения на догоспитальном, амбулаторном, консультативном, диспансерном этапах, в центрах здоровья и при медицинских осмотрах определяется по формуле:

С1= Σ(N1i + N2i) \* kфij (2), где

N1i – норматив в части расходов на заработную плату на 1 посещение в поликлинике по i-той специальности,

N2i – норматив в части расходов на начисления на выплаты по оплате труда на 1 посещение в поликлинике по i-той специальности,

kфij – коэффициент приведения j-того фактического вида посещений к посещениям в поликлинике по i-той специальности.

Стоимость лечения в части расходов на заработную плату и начисления на выплаты по оплате труда при оказании стоматологической помощи и проведении диагностических обследований определяется исходя из фактически выполненных УЕТ, но не более стоимости тарифа МЭС, по формуле:

С1= (СТ1+СТ2) / К \* Кф (3), где

СТ1 – тариф МЭС в части заработной платы,

СТ2 – тариф МЭС в части начислений на выплаты по оплате труда,

К – количество УЕТ по МЭС,

Кф - фактическое количество УЕТ.

3.3.2. Стоимость лечения в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь, на догоспитальном и амбулаторном этапах, в центрах здоровья, при диспансерном наблюдении и консультативных приемах по направлениям других медицинских организаций рассчитывается в следующем порядке:

а) определяется расчетная стоимость законченного случая с учетом фактически выполненных видов посещений, по формуле:

## Ср = ΣСi \* Кфi (4), где

Ср - расчетная стоимость законченного случая амбулаторно-поликлинического обслуживания,

Сi - стоимость i-го вида посещения с учетом группы сложности кураций в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь,

i - виды посещений,

Кфi – фактическое количество i-ых посещений.

б) стоимость законченного случая поликлинического обслуживания сравнивается с расчетной стоимостью (Ср) и стоимостью по тарифу МЭС:

- если расчетная стоимость равна или более 50% значения стоимости тарифа МЭС, то стоимость законченного случая лечения равна:

## С2 = Ст (5), где

Ст – тариф МЭС в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь;

- если расчетная стоимость составляет менее 50% значения стоимости тарифа МЭС, то стоимость законченного случая лечения равна:

## С2 = Ср (6)

3.3.3. Стоимость законченного случая медицинского осмотра, проведенного i-тым специалистом, в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь определяется по формуле:

С2 = Стi (7), где

Стi – тариф МЭС в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь, для i-той специальности.

3.3.4. Стоимость законченного случая лечения по стоматологической помощи в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь, определяется исходя из фактически выполненных УЕТ, но не более стоимости тарифа МЭС, по формуле:

С2= Ст / К \* Кф (8), где

Ст - тариф МЭС в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь,

К – стандарт УЕТ по МЭС,

Кф – фактическое количество УЕТ.

3.3.5. Стоимость диагностических услуг, оказанных застрахованным лицам, в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь, определяется по формуле:

С2 = Ст (9).

3.3.6. Стоимость медицинской помощи в части расходов на содержание  медицинской организации определяется исходя из фактически выполненных объемов помощи, но не более тарифа МЭС, по формуле:

## С3 = Сс / К \* Кф (10), где

Сс – тариф МЭС в части расходов на расходов на содержание медицинской организации,

К – объем помощи по МЭС (посещение, УЕТ),

Кф - фактическое количество объема помощи.

3.4. Компенсация расходов за проведенные диагностические исследования лицам, застрахованным в системе ОМС, в централизованном порядке осуществляется при наличии у них направления (стат.талона) из другой медицинской организации, работающей в системе ОМС, путем проведения взаиморасчетов, за исключением случаев, определенных подпунктом 3.4.1 настоящего Приложения.

Взаиморасчеты в централизованном порядке осуществляются СМО в пределах утвержденного государственного задания. Расчеты за диагностические услуги, оказанные сверх утвержденных показателей государственного задания по диагностическим услугам, проводятся медицинскими организациями самостоятельно.

При формировании реестров счетов за оказанные диагностические услуги в поле «Поликлиника прикрепления» указывается код медицинской организации, выдавшей направление.

Для осуществления централизованных диагностические центры и централизованные лаборатории ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, направляют в медицинские организации, выдавшие направление (стат. талон), в электронном виде реестры счетов. Медицинские организации до 20 числа месяца производят сверку выполненных диагностических услуг и, в случае выявления несоответствий, составляют акт разногласий с приложением копии из реестра счетов несогласованных случаев оказания медицинских услуг.

Акт разногласий составляется в 2-х экземплярах. Один экземпляр после подписания остается в медицинской организации, второй направляется в диагностические центры и централизованные лаборатории. Копия акта разногласий предоставляется в СМО, в случае непредоставления в СМО копии акта разногласий до 30 числа расчеты по предъявленным реестрам счетов считаются окончательными.

СМО на основании базы данных медицинских услуг осуществляют формирование стоимости диагностических услуг в разрезе медицинских организаций, направивших в диагностические центры и централизованные лаборатории, и уведомляют их о стоимости медицинских услуг, подлежащей взаиморасчету.

Оплата счетов медицинских организаций, направивших в диагностические центры и централизованные лаборатории, осуществляется в пределах государственного задания за вычетом суммы средств, подлежащей взаиморасчету.

В централизованном порядке взаиморасчеты за оказанные диагностические услуги проводятся в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь.

3.4.1. Без направлений из другой медицинской организации допускается компенсация расходов ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ» и ГБУЗ НСО «ГНОКБ» за проведенные исследования по направлению врачей – консультантов данных учреждений в объеме, соответственно, не более 25% и 15% от общей суммы, предъявленной к оплате по реестрам счетов за диагностические услуги. В этом случае в поле «Поликлиника прикрепления» указывается собственный код ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ» и ГБУЗ НСО «ГНОКБ».

Также не подлежат взаиморасчетам и оплачиваются медицинским организациям по действующим тарифам, в том числе без направлений из другой медицинской организации, следующие диагностические услуги:

Таблица 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |
| **№ п/п** | **Наименование исследований** | **Код МЭС** | **Медицинские организации** |
| 1 | Обзорная рентгенография двух молочных желез | 731200 | Для всех медицинских организаций |
| 2 | Гистеросальпингография | 731118 | ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ» |
| 3 | Урография внутривенная | 731106 |
| 4 | Определение онкомаркеров методом ИФА | 736223 |
| 5 | Определение вирусных и бактериальных антигенов методом ИФА | 736229 |
| 6 | Медико-генетические исследования | 738001-738014 |
| 7 | Радиоиммуннологические исследования гормонов | 742159-742185 |
| 8 | Рентгеновская компьютерная томография | 731169-731176 | ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ», ФГБУ «ФЦН» МЗ РФ |
| 9 | Электроэнцефалография | 733076-733078 | ФГБУ «ФЦН» МЗ  РФ |
| 10 | Триплексное сканирование сосудов | 732038-732041 |
| 10 | Эхокардиография | 733100-733102 |
| 11 | Компьютерно-оптическая топография у детей школьного возраста (в декретированные сроки) | 733153 | АНО «Клиника НИИТО» |
| 12 | Магнитно-резонансная томография | 744031-744034 | ФГБУ «ФЦН» МЗ РФ, другие МО - по приказу Минздрава НСО |
| 13 | Бактериологические исследования | 743\*\*\* | ГБУЗ НСО «ГП №20» по направлениям ГБУЗ НСО «КДЦ «Ювентус» |
| 14 | Медико-генетические, гистологические и радиоизотопные исследования | 737001-737002, 737004, 737006-737008, 737015, 737017,737019-737022, 738015, 740007 | ГБУЗ НСО «НООД» |
| 15 | Сцинтиграфия детскому населению | 737023-737032 | ФГБУ «ННИИПК» им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России |

5. В соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации и министерства здравоохранения Новосибирской области в амбулаторных условиях осуществляется диспансеризация определенных групп взрослого населения (далее – диспансеризация взрослого населения) и диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью(далее – диспансеризация детей-сирот). Расчет стоимости медицинской помощи в рамках диспансеризации на территории Новосибирской области осуществляется по законченному случаю лечения.

5.1. Медицинские организации формируют отдельные счета по диспансеризации:

- определенных групп взрослого населения;

- пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью

5.2. Взаиморасчеты за диагностические и консультационные услуги, при проведении диспансеризации взрослого населения и диспансеризации детей-сирот осуществляются МО самостоятельно, за исключением видов исследований, не подлежащих взаиморасчетам, финансируемым в индивидуальном порядке в соответствии с пунктом 3.4.1.

5.3. 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.

5.4. Оплата законченного случая I этапа диспансеризации 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).

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

Оплата осмотра специалиста в рамках комплексной диспансеризации взрослого населения (II этап) возможна только после проведения первого этапа комплексной 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 комплексной диспансеризации взрослого населения, зависит от количества врачей- специалистов, необходимых для дополнительного обследования граждан по результатам I этапа диспансеризации.