**Приложение 2**

к Тарифному соглашению

**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, травмотологом, 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,

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

ж) отдельные диагностические услуги в объеме квот, установленных приказами Минздрава НСО (таблица 1),

з) новорожденным, не имеющим полиса ОМС.

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 |
| Гистеросальпингография | 731118 |
| Урография внутривенная | 731106 |
| Медико-генетические исследования | 738001-738015 |
| Радиоиммуннологические исследования гормонов | 742159-742185 |
| Рентгеновская компьютерная томография | 731169-731176 |
| Триплексное сканирование сосудов | 732038-732041 |
| Эхокардиография | 733100-733102 |
| Компьютерно-оптическая топография у детей школьного возраста (в декретированные сроки) | 733153 |
| Магнитно-резонансная томография | 744031-744034 |
| Радиоизотопные исследования | 737001-737002, 737004,  737006-737008, 737015, 737017, 737019-737022, |
| Иммуногистохимическое исследование при раке молочной железы | 740007 |
| Сцинтиграфия детскому населению | 737023-737032 |

Оплата вышеуказанных диагностических услуг в объеме, превышающем установленные квоты, производится за счет средств направившей МО.

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. Расчет месячного базового подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, на одно застрахованное по ОМС лицо (ПН) производится по формуле:

ПН = Ф / Ч / 12 (1), где:

Ф – годовой объем финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях; в части средств, предусмотренных на подушевое финансирование,

Ч – численность прикрепленного застрахованного населения.

Размер месячного базового подушевого норматива первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, составляет 170,00 рублей.

2.6. Финансирование МО производится по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового подушевого норматива с учетом следующих коэффициентов дифференциации:

- половозрастных коэффициентов, учитывающих различия в расходах на оказание медицинской помощи отдельным группам граждан в зависимости от пола, возраста и их потребности в медицинской помощи (таблица 2);

- коэффициентов, учитывающих особенности затрат медицинской организации (плотность населения, наличие ФАП, обособленных подразделений) (таблица 3).

Таблица 2

Половозрастные коэффициенты дифференциации

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пол | Возраст застрахованных граждан | | | | | |
| от 0 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 |
| Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, расположенными в г. Новосибирске | | | | | |
| Мужчины | 3,0357 | 1,4414 | 0,4452 | - | 1,4607 | - |
| Женщины | 2,9081 | 1,4045 | - | 0,6361 | - | 1,7835 |
|  | Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, расположенными в районах и городах Новосибирской области (за исключением г. Новосибирска) | | | | | |
| Мужчины | 2,4480 | 1,3062 | 0,4182 | - | 0,9189 | - |
| Женщины | 2,3380 | 1,2921 | - | 0,5990 | - | 1,0917 |

Таблица 3

Коэффициенты дифференциации, учитывающие особенности затрат медицинской организации

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование показателя | Критерии показателя | | | |
| Плотность населения (районов и городов НСО) | более 20,01 чел/км2 | от 5,01 до 20,0 чел/км2 | от 2,01 до 5,0 чел/км2 | менее 2,0 чел/км2 |
| 1,0 | 1,2 | 1,4 | 1,55 |
| Наличие ФАП на 1 000 чел. | 0 - 1,1 | 1,11- 2,0 | | 2,01 и выше |
| 1,0 | 1,35 | | 1,55 |
| Наличие обособленных подразделений АПП (без ФАП) на 10 000 чел. | 0,0–2,00 | 2,01–3,00 | | более 3,01 |
| 1,0 | 1,1 | | 1,2 |

2.7. Расчет планового размера средств, направляемых на подушевое финансирование МО (Фi), производится по формуле:

Фi = ∑ (ПН \* Кпвзij \* Чij) \* Кинтi, (2) где:

ПН – базовый подушевой норматив финансирования,

Кпвзij – половозрастный коэффициент дифференциации j-ой возрастной группы для i-той медицинской организации,

Чij - численность прикрепленных к i-той медицинской организации граждан, j-той половозрастной группы,

Кинтi - интегрированный коэффициент дифференциации i-той медицинской организации, рассчитанный как произведение коэффициентов дифференциации, учитывающих особенности затрат МО (приложение 1 к настоящему Порядку).

2.8. 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., в разрезе застрахованных лиц, прикрепившихся к МО;

- на оплату внешних услуг, оказанных медицинским персоналом, перечисленном в п.2.1., в разрезе застрахованных лиц, прикрепившихся к другим МО по действующим тарифам;

- на оплату медицинской помощи, перечисленную в п.2.2., в разрезе застрахованных лиц, по действующим тарифам.

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 2 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.

В случае отсутствия информации о прикреплении застрахованного лица на 01 число и на конец отчетного месяца, в сведениях об оказании медицинской помощи (внешних услуг, подлежащих взаиморасчету) указывается код медицинской организации, выдавшей направление.

2.9. 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,

- код кабинета,

- дата забора материала для диагностических исследований,

- дата проведения исследования,

- даты посещения.

2.10. 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 3 к настоящему Порядку).

Взаиморасчеты производятся по действующим в системе ОМС тарифам.

2.11. 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 непредоставления 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).

2.12. 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.

2.13. После принятия счетов за медицинскую помощь, финансирование которой производится по подушевому принципу, СМО производит авансирование МО, оказывающего медицинские услуги прикрепленному населению, в размере не менее 50 % от планового месячного размера подушевого финансирования.

Аванс не перечисляется в случае, если в результате расчета суммы, подлежащей перечислению за предыдущий месяц, формируется задолженность медицинской организации равная или превышающая сумму аванса.

Окончательный расчет и перечисление средств в МО производится СМО в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным.

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. Стоимость медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в амбулаторных условиях, складывается из стоимости лечения в части расходов на оплату 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 (3), где

С1 – стоимость медицинской помощи в части расходов на оплату 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 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).

3.2. Стоимость лечения в части расходов на оплату труда определяется исходя из фактически выполненных объемов медицинской помощи, но не более стоимости тарифа МЭС.

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:

С1= Σ(N1i + N2i) \* kфij (4), где

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

N2i – норматив финансовых затрат 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 поi-той специальности (таблица 4).

Таблица 4

**Коэффициенты приведения посещений к посещениям на приеме в поликлинике**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Кабинет | Название кабинета | Коэффициенты приведения посещений к посещениям на приеме в поликлинике\* | | | |
| 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 |
| 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 | 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 | 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 | 0,00 | 1,27 | 5,60 | 3,50 |
| 55 | Проктологический | 0,82 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 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 |
| 82 | Центр здоровья | 1,90 | 1,90 | 1,00 | 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 |

Стоимость лечения в части расходов на оплату 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 / К \* Кф (5), где

СТ1 – тариф МЭС в части расходов на оплату труда,

К – количество УЕТ по МЭС,

Кф - фактическое количество УЕТ.

3.3. Стоимость лечения в части расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий, мягкий инвентарь, на до госпитальном 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 = Ст / К \* Кф (6), где

Ср - расчетная стоимость законченного случая амбулаторно-поликлинического обслуживания,

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

К – количество посещений по МЭС,

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 (7), 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 (8)

3.4. 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 (9), где

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

3.5. 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 (10), 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.

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

С2 = Ст (11).

3.7. 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 (12), где

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

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

Кф - фактическое количество объема помощи.

3.8. 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 (13), где

Сн – тариф МЭС по неотложной помощи,

Сз – стоимость законченного случая поликлинического обслуживания по соответствующему тарифу МЭС, определенная в соответствии с пунктами 3.1-3.4, 3.7

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.

3.9. 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. 3.10. настоящего Порядка.

Взаиморасчеты проводятся в порядке, определенном пп. 2.11-2.12 настоящего Порядка.

Оплата счетов направивших МО осуществляется в пределах распределенных объемов за вычетом суммы средств, подлежащей оплате МО – исполнителю.

3.10. Без направлений из другой медицинской организации оплачиваются диагностические исследования в ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ» и ГБУЗ НСО «ГНОКБ» 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 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).

Не подлежат взаиморасчетам и оплачиваются по действующим тарифам, в том числе без направлений из другой медицинской организации, диагностические услуги, перечисленные в Таблице 1.

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

3.11.1. 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).

3.11.2. 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.

3.11.3. 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.

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.

Приложение 1

к порядку применения способов оплаты

медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Коэффициенты дифференциации в разрезе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код МО | Наименование МО | Коэффициенты дифференциации, учитывающие | | | Интегрированный коэффициент |
| плотность населения | наличие ФАП | Наличие обособленных подразделений АПП на 1000 (без ФАП) |
|
| 004 | ГБУЗ НСО «ГНОКГВВ» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 103 | ГБУЗ НСО «ГКБ № 2» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 104 | ГБУЗ НСО «ГКБ № 12» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 105 | ГБУЗ НСО «ДГКБ № 6» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 112 | ГБУЗ НСО «ГБ № 4» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 115 | ГБУЗ НСО «ДГКБ № 1» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 116 | ГБУЗ НСО «ГП № 13» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 120 | ГБУЗ НСО «ДГКБ № 4 имени В.С. Гераськова» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 123 | ГБУЗ НСО «ГКБ № 11» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 125 | ГБУЗ НСО «ГКБ №34» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 130 | ГБУЗ НСО «ГКБ № 19» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 131 | ГБУЗ НСО «ГБ № 3» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 135 | ГБУЗ НСО «ГВВ № 3» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 140 | ГБУЗ НСО «ГКБ № 25» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 143 | ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 145 | НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 150 | ЦКБ СО РАН | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 160 | ГБУЗ НСО «ГП № 14» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 204 | ГБУЗ НСО «ГП № 17» | 1,00 | 1,00 | 1,10 | 1,10 |
| 212 | ГБУЗ НСО «ГП № 9» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 216 | ГБУЗ НСО «ДГП № 1» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 217 | ГБУЗ НСО «ККДП № 27» | 1,00 | 1,00 | 1,10 | 1,10 |
| 219 | ГБУЗ НСО «ДГП № 3» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 225 | ГБУЗ НСО «ГП № 21» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 230 | ГБУЗ НСО «ГП № 16» | 1,00 | 1,00 | 1,10 | 1,10 |
| 233 | ГБУЗ НСО «ГП № 24» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 234 | ГБУЗ НСО «ГП № 18» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 235 | ГБУЗ НСО «ГП № 28» | 1,00 | 1,00 | 1,10 | 1,10 |
| 237 | ГБУЗ НСО «ГП № 7» | 1,00 | 1,00 | 1,10 | 1,10 |
| 239 | ГБУЗ НСО «ГКП № 15» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 241 | ГАУЗ НСО «ГКП № 1» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 260 | ГБУЗ НСО «ГП № 2» | 1,00 | 1,00 | 1,10 | 1,10 |
| 265 | ГБУЗ НСО «КДП № 2» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 266 | ГБУЗ НСО «ГП № 26» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 267 | ГБУЗ НСО «ГП № 22» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 268 | ГБУЗ НСО «ГП № 20» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 269 | ГБУЗ НСО «ГП № 29» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 341 | ООО «Санталь» | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 600 | ГБУЗ НСО «Баганская ЦРБ» | 1,40 | 1,35 | 1,00 | 1,89 |
| 601 | ГБУЗ НСО «Барабинская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,20 | 1,44 |
| 602 | ГБУЗ НСО «Болотнинская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,20 | 1,44 |
| 603 | ГБУЗ НСО «Венгеровская ЦРБ» | 1,40 | 1,35 | 1,00 | 1,89 |
| 604 | ГБУЗ НСО «Доволенская ЦРБ» | 1,40 | 1,35 | 1,20 | 2,27 |
| 605 | ГБУЗ НСО «Здвинская ЦРБ» | 1,40 | 1,35 | 1,20 | 2,27 |
| 607 | ГБУЗ НСО «ИЦГБ» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 610 | ГБУЗ НСО «Карасукская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,00 | 1,20 |
| 611 | ГБУЗ НСО «Каргатская центральная районная больница» | 1,40 | 1,35 | 1,10 | 2,08 |
| 612 | ГБУЗ НСО «Колыванская ЦРБ» | 1,40 | 1,00 | 1,20 | 1,68 |
| 613 | ГБУЗ НСО «Коченевская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,00 | 1,20 |
| 615 | ГБУЗ НСО «Кочковская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,20 | 1,44 |
| 616 | ГБУЗ НСО «Краснозерская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,00 | 1,20 |
| 618 | ГБУЗ НСО «Куйбышевская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,00 | 1,20 |
| 623 | ГБУЗ НСО «Купинская ЦРБ» | 1,20 | 1,35 | 1,00 | 1,62 |
| 624 | ГБУЗ НСО Кыштовская ЦРБ | 1,55 | 1,55 | 1,20 | 2,88 |
| 625 | ГБУЗ НСО «Маслянинская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,20 | 1,44 |
| 626 | ГБУЗ НСО «Мошковская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,00 | 1,20 |
| 628 | ГБУЗ НСО НЦРБ | 1,00 | 1,00 | 1,10 | 1,10 |
| 630 | ГБУЗ НСО «Ордынская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,20 | 1,44 |
| 631 | ГБУЗ НСО «Северная ЦРБ» | 1,55 | 1,35 | 1,20 | 2,51 |
| 632 | ГБУЗ НСО «Сузунская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,20 | 1,44 |
| 634 | ГБУЗ НСО «Татарская ЦРБ им. 70-лет. НСО» | 1,20 | 1,35 | 1,20 | 1,94 |
| 636 | ГБУЗ НСО «Тогучинская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,20 | 1,44 |
| 639 | ГБУЗ НСО «Убинская ЦРБ» | 1,50 | 1,55 | 1,10 | 2,56 |
| 640 | ГБУЗ НСО «Усть-Таркская ЦРБ» | 1,40 | 1,55 | 1,20 | 2,60 |
| 641 | ГБУЗ НСО «Чановская ЦРБ» | 1,40 | 1,35 | 1,00 | 1,89 |
| 642 | ГБУЗ НСО «Черепановская ЦРБ» | 1,20 | 1,00 | 1,20 | 1,44 |
| 645 | ГБУЗ НСО «Чистоозерная ЦРБ» | 1,40 | 1,35 | 1,20 | 2,27 |
| 646 | ГБУЗ НСО «Чулымская ЦРБ» | 1,40 | 1,00 | 1,20 | 1,68 |
| 647 | ГБУЗ НСО «БЦГБ» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 651 | ГБУЗ НСО «ОЦГБ» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 655 | ГБУЗ НСО «Линевская РБ» | 1,20 | 1,00 | 1,00 | 1,20 |
| 657 | ГБУЗ НСО «НРБ № 1» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 868 | НУЗ «Узловая больница на ст. Карасук ОАО «РЖД» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |
| 869 | НУЗ «Узловая больница на ст. Барабинск ОАО «РЖД» | 1,00 | 1,00 | 1,10 | 1,10 |
| 873 | НУЗ «Узловая поликлиника на ст.Татарская ОАО «РЖД» | 1,00 | 1,00 | 1,20 | 1,20 |

Приложение 2

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 3

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 | | Половозрастной коэффициент расходов | | Интегрированный коэффициент | Сумма планового месячного размера подушевого финансирования | |
| муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. |
| От 0 до 4 лет |  |  |  |  | х |  |  |
| От 5 до 17 |  |  |  |  | х |  |  |
| От 18 до 54/59 |  |  |  |  | х |  |  |
| От 60/55 и старше |  |  |  |  | х |  |  |
| Итого |  | | х | х |  |  | |

2. Расчет суммы подушевого финансирования, подлежащей перечислению

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Плановый месячный размер подушевого финансирования, скорректированный с учетом коэффициента результативности | 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.