

**Порядок
расчета и перечисления финансовых средств для подушевого
финансирования в медицинские организации, оказывающие первичную
медико-санитарную помощь, и в медицинские организации,
оказывающие первичную медико-санитарную помощь по профилю
«стоматология», в амбулаторных условиях прикрепившимся лицам
на 2018 год**

В целях обеспечения установленного права выбора гражданами, застрахованными по ОМС, медицинской организации, устанавливается порядок расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации города Москвы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, и в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», в амбулаторных условиях прикрепившимся лицам.

**1. Определение объема финансовых средств для финансирования
медицинских организаций по подушевому нормативу**

1.1. Объем средств для подушевого финансирования медицинских организаций на 2018 год рассчитывается исходя из количества застрахованных по ОМС лиц, прикрепившихся к медицинским организациям, с учетом прогнозного увеличения регистра лиц, прикрепившихся к медицинским организациям, и размера годового подушевого норматива для финансирования медицинских организаций, установленного Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2018 год (далее – Тарифное соглашение).

Объем средств для подушевого финансирования медицинских организаций на 2018 год корректируется в зависимости от изменения годового подушевого норматива для финансирования медицинских организаций.

2. Расчет подушевых нормативов финансирования

2.1. Фонд, исходя из установленного размера годового подушевого норматива для финансирования медицинских организаций (далее – МО), оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в сроки, предусмотренные договорными отношениями, осуществляет расчет подушевых нормативов

финансового обеспечения, дифференцированных по группам населения по полу и возрасту с учетом коэффициентов дифференциации.

Дифференцированные подушевые нормативы являются едиными для всех МО.

2.2. Фонд, исходя из установленного размера годового подушевого норматива для финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования по профилю «стоматология» на лиц, прикрепившихся к МО, в сроки, предусмотренные договорными отношениями, осуществляет расчет подушевых нормативов финансового обеспечения, дифференцированных по группам населения по полу и возрасту с учетом коэффициентов дифференциации.

Дифференцированные подушевые нормативы являются едиными для всех МО.

2.3. Фонд доводит до страховых медицинских организаций рассчитанные дифференцированные подушевые нормативы на прикрепившихся лиц в течение пяти календарных дней после утверждения руководителем территориального фонда.

СМО доводят установленные подушевые нормативы до МО для ежемесячного определения расчетного объема подушевого финансирования в соответствии с регистром застрахованных лиц, прикрепившихся к МО, и формирования заявок на авансирование.

3. Организация финансирования МО по подушевому нормативу через страховые медицинские организации

3.1. Страховая медицинская организация финансирует МО за оказанную медицинскую помощь застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3.2. МО, в соответствии с численностью регистра лиц, прикрепившихся к МО, на первое число каждого месяца и с учетом доведенных подушевых нормативов, ежемесячно формируют расчетные объемы подушевого финансирования по каждой СМО и направляют данные в СМО в составе Заявки на получение целевых средств на авансирование медицинской помощи в сроки, определенные условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, в пределах объема, установленного вышеуказанным договором (приложение 1, приложение 1.1).

3.3. СМО ежемесячно предоставляет в Фонд на бумажном носителе, заверенную печатью и подписанную руководителем, Заявку на получение

целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи по утвержденной форме в срок до 11 числа отчетного месяца (приложение 2).

3.4. СМО ежемесячно предоставляет в Фонд на бумажном носителе, заверенную печатью и подписанную руководителем Заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в объеме средств, необходимых для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным (приложение 3).

3.5. В сроки, предусмотренные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, СМО формируют расчеты за оказанную медицинскую помощь для МО в следующем порядке:

- проводят контрольные мероприятия в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;

- проводят горизонтальные расчеты между МО из Перечня МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2018 год), имеющими прикрепившихся лиц и участвующими в финансировании по подушевому нормативу и МО из Перечня МО (Приложение № 1.2 к Тарифному соглашению на 2018 год), участвующими в горизонтальных расчетах, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, в амбулаторных условиях по направлениям МО, имеющих прикрепившихся лиц, за фактически оказанную медицинскую помощь по действующим тарифам;

- проводят расчеты за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве, не прикрепившимся к МО из Перечня МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2018 год) на основании оплаты первичного лечебно-диагностического приема в амбулаторных условиях или на дому;

- проводят горизонтальные расчеты между МО из Перечня МО (Приложение № 1.6.1 к Тарифному соглашению на 2018 год), имеющими прикрепившихся лиц и участвующими в финансировании по подушевому нормативу по профилю «стоматология» и МО из Перечня МО (Приложение № 1.6.2 к Тарифному соглашению на 2018 год), участвующими в горизонтальных расчетах, оказывающими первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», в амбулаторных условиях по направлениям МО, имеющих прикрепившихся лиц, за фактически оказанную медицинскую помощь по действующим тарифам;

- проводят расчеты за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве, не прикрепившимся к МО из Перечня МО (Приложение № 1.6.1 к Тарифному соглашению на 2018 год) на основании оплаты первичного лечебно-диагностического приема в амбулаторных условиях или на дому.

4. Расчет суммы средств к оплате

4.1. Расчет суммы средств к оплате МО за оказанную в отчетном периоде медицинскую помощь, осуществляется на основании Акта об оплате расчетов по подушевому финансированию (приложение 4) (далее – Акт), исходя из расчетного объема подушевого финансирования с учетом:

- сумм средств, подлежащих исключению и добавлению по результатам горизонтальных расчетов с другими МО (Приложение № 1.2 к Тарифному соглашению на 2018 год) за пациентов, получивших амбулаторную медицинскую помощь не по месту прикрепления по направлениям МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2018 год)*);

- суммы средств за медицинскую помощь, оказанную лицам, не прикрепившимся к МО из Перечня МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2018 год)**);

- суммы средств, подлежащих исключению из финансирования по результатам проведения МЭЭ и ЭКМП и расчетов прошлых периодов.

*) 1. Подлежит оплате неотложная медицинская помощь, оказываемая без направления и независимо от места прикрепления застрахованного лица.

2. Не подлежит оплате медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам, не прикрепившимся к данной медицинской организации, при отсутствии «Направления на оказание медицинской помощи в другой медицинской организации».

**) 3. Подлежит оплате первичный лечебно-диагностический прием в амбулаторных условиях или на дому.

4.2. Каждая СМО перед подписанием Акта проводит контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным и прикрепившимся к МО лицам, в сроки, определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также проводит сверку реестров счетов, сформированных МО на пациентов, застрахованных СМО, как прикрепившимся к данной МО, так и к другим МО, включенным в Перечень МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2018 год), и учитывает их при оформлении Акта об оплате расчетов по подушевому финансированию.

4.3. Финансирование МО из средств ОМС производится в пределах объемов финансового обеспечения предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

5. Расчет суммы средств к оплате за оказанную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология»

5.1. Расчет суммы средств к оплате МО за оказанную в отчетном периоде медицинскую помощь, осуществляется на основании Акта об оплате

расчетов по подушевому финансированию (приложение 4), исходя из расчетного объема подушевого финансирования с учетом:

- сумм средств, подлежащих исключению и добавлению по результатам горизонтальных расчетов с другими МО (Приложение № 1.6.2 к Тарифному соглашению на 2018 год) за пациентов, получивших амбулаторную медицинскую помощь по профилю «стоматология» не по месту прикрепления по направлениям МО (Приложение № 1.6.1 к Тарифному соглашению на 2018 год)*);

-суммы средств за медицинскую помощь по профилю «стоматология», оказанную лицам, не прикрепившимся к МО из Перечня МО (Приложение № 1.6.1 к Тарифному соглашению на 2018 год)**);

-суммы средств, подлежащих исключению из финансирования по результатам проведения МЭЭ и ЭКМП и расчетов прошлых периодов.

*) 1. Подлежит оплате неотложная медицинская помощь, оказываемая без направления и независимо от места прикрепления застрахованного лица.

2. Не подлежит оплате медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам, не прикрепившимся к данной медицинской организации, при отсутствии «Направления на оказание медицинской помощи в другой медицинской организации».

**) 3. Подлежит оплате первичный лечебно-диагностический прием в амбулаторных условиях или на дому.

5.2. Каждая СМО перед подписанием Акта проводит контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по профилю «стоматология» застрахованным и прикрепившимся к МО лицам, в сроки, определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также проводит сверку реестров счетов, сформированных МО на пациентов, застрахованных СМО, как прикрепившимся к данной МО, так и к другим МО, включенным в Перечень МО (Приложение № 1.6.1 к Тарифному соглашению на 2018 год), и учитывает их при оформлении Акта об оплате расчетов по подушевому финансированию.

5.3. Финансирование МО из средств ОМС производится в пределах объемов финансового обеспечения предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

6. Порядок учета медицинской помощи

6.1. МО, финансируемые по подушевому нормативу, формируют счета-фактуры за медицинскую помощь, оказанную, застрахованным по ОМС, по действующим в отчетном периоде тарифам на услуги в системе обязательного медицинского страхования, что позволяет:

СМО – выполнять мероприятия по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и осуществлять расчеты за фактически

оказанную медицинскую помощь между МО, имеющими прикрепившихся лиц.

Фонду – проводить межтерриториальные взаиморасчеты в установленном порядке;

МО – вести учет статистических показателей работы и формировать все виды отчетов, предусмотренных нормативно-распорядительными документами, действующими в сфере здравоохранения и обязательном медицинском страховании, и формировать Акт об оплате расчетов по подушевому финансированию.

6.2. Суммы счетов, не подлежащих оплате по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживаются из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

6.3. Фонд, при проведении реэкспертизы объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи, оказанной МО и оплаченной СМО, проверяет корректность:

- ведения регистра прикрепленного населения;
- формирования заявок в СМО;
- учета медицинских услуг, оказанных пациентам, как прикрепленным, так и не прикрепленным к МО.

6.4. Медицинская помощь, оказанная гражданам в медицинских организациях, не участвующих в подушевом финансировании, (центрах лабораторных исследований, клиниках, оказывающих специализированные виды медицинской помощи) оплачивается по действующим в отчетном периоде тарифам на услуги в системе обязательного медицинского страхования и в пределах объемов финансового обеспечения медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (в горизонтальных взаиморасчетах с МО не участвуют).

7. Расходование средств медицинскими организациями

Медицинские организации, получающие средства по подушевому финансированию, наделены правом распоряжаться полученными средствами в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими расходование средств в системе обязательного медицинского страхования, и несут ответственность за их целевое и рациональное использование.