

**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 2019 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 2019 год рассчитывается исходя из количества застрахованных по ОМС 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 2019 год (далее – Тарифное соглашение на 2019 год).

Объем средств для подушевого финансирования медицинских организаций на 2019 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 2019 год), имеющими прикрепившихся лиц и участвующими в финансировании по подушевому нормативу и МО из Перечня МО (Приложение № 1.2 к Тарифному соглашению на 2019 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 2019 год) на основании оплаты первичного лечебно-диагностического приема в амбулаторных условиях или на дому;

- 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 2019 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 2019 год) за пациентов, получивших амбулаторную медицинскую помощь не по месту прикрепления

по направлениям МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2019 год)*);

-суммы средств за медицинскую помощь, оказанную лицам, не прикрепившимся к МО из Перечня МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2019 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 2019 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:

-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 2019 год)*);

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

*) 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.

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 предоставления медицинской помощи, оказанной МО и оплаченной СМО, проверяет корректность:

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

Приложение № 1

к Порядку 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 2019 год

В _____
(наименование страховой медицинской организации)

Заявка на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи №
на _____ 20__ года
(месяц, год)

от Организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь и (или) первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» на основе подушевого финансирования на прикрепившихся лиц

(наименование Организации)

Для Организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь	Моложе трудоспособного возраста			Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	до 12 месяцев	1 год – 4 года	5 лет - 17 лет	18-59 лет, муж.	18-54 года, жен.	60 лет и старше, муж.	55 лет и старше, жен.
Численность прикрепившихся лиц, чел.							
Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, руб.							
Расчетный объем подушевого финансирования, руб.							

Для Организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология»	Моложе трудоспособного возраста			Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	до 12 месяцев	1 год – 4 года	5 лет -17 лет	18-59 лет, муж.	18-54 года, жен.	60 лет и старше, муж	55 лет и старше, жен
Численность прикрепившихся лиц, чел.							
Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «стоматология», руб.							
Расчетный объем подушевого финансирования по профилю «стоматология», руб.							

Итого, общий расчетный объем подушевого финансирования: _____

Сумма аванса: _____

Руководитель
Организации

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер
Организации

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Дата составления заявки: « _____ » « _____ » 20__ г.

Исполнитель

(подпись)

(расшифровка подписи)

(телефон)

Дата принятия заявки: “ “ _____ 20__ г.

Приложение № 1.1

к Порядку 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 2019 год

В _____
(наименование страховой медицинской организации)

Заявка на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи №
на _____ 20__ года
(месяц, год)

от Организации стационарного типа с ПО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь
и (или) первичную медико-санитарную помощь
по профилю «стоматология» на основе подушевого финансирования на прикрепившихся лиц

(наименование Организации)

В объеме _____,
в том числе:

Для Организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	Моложе трудоспособного возраста			Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	до 12 месяцев	1 год – 4 года	5 лет - 17 лет	18-59 лет, муж.	18-54 года, жен.	60 лет и старше, муж.	55 лет и старше, жен.
Численность прикрепившихся лиц, чел.							
Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, руб.							
Расчетный объем подушевого финансирования, руб.							

Для Организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология»	Моложе трудоспособного возраста			Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	до 12 месяцев	1 год – 4 года	5 лет -17 лет	18-59 лет, муж.	18-54 года, жен.	60 лет и старше, муж	55 лет и старше, жен
Численность прикрепившихся лиц, чел.							
Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «стоматология», руб.							
Расчетный объем подушевого финансирования по профилю «стоматология», руб.							

Итого, общий расчетный объем подушевого финансирования: _____

Сумма аванса по подушевому финансированию _____

Руководитель
Организации

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер
Организации

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Дата составления заявки: « _____ » « _____ » 20__ г.

Исполнитель

(подпись)

(расшифровка подписи)

(телефон)

Дата принятия заявки: “ “ _____ 20__ г.

Приложение № 2

к Порядку 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 2019 год

Директору _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (наименование территориального фонда ОМС)

от _____
(должность, наименование страховой медицинской организации (филиала), фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя страховой медицинской организации (филиала))

ЗАЯВКА

на получение целевых средств
на авансирование оплаты медицинской помощи
на _____ 20__ года
(месяц)

В соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от _____ № _____ прошу предоставить средства на авансирование оплаты медицинской помощи на _____ 20__ г.
(месяц)

Сведения о страховой медицинской организации

Наименование показателя	№ строки	значение показателя
Среднемесячный объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи, руб.	01	
Процент от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи	02	
Объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи, руб.	03	

Директор страховой медицинской организации (филиала)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М.П.

Перечень заявок медицинских организаций, направленных в страховую медицинскую
организацию

(наименование СМО)

на предоставление средств на авансирование на _____ 20 ____ г.

№ пп	Код МО	Наименование медицинской организации	руб.	
			Размер среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев)	Сумма авансирования
1				
2				
3				
		Итого		

Руководитель СМО

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 3

к Порядку 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 2019 год

Директору МГФОМС

_____ (фамилия, имя, отчество)

от _____

(должность, наименование страховой медицинской организации (филиала), фамилия, имя, отчество руководителя страховой медицинской организации (филиала))

ЗАЯВКА

на получение целевых средств
на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь
на _____ 20__ года
(месяц)

В соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от _____ № _____ прошу предоставить средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования за _____ 20__ г.
(месяц)

Сведения о страховой медицинской организации

Наименование показателя	№ строки	Значение показателя
Численность застрахованных лиц, человек	01	

Размер финансового обеспечения, утвержденный МГФОМС по дифференцированным подушевым нормативам, руб.	02	
Размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в МГФОМС в предыдущие периоды (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам), руб.	03	
Сумма средств, полученная по заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, за отчетный месяц, руб.	04	
ИТОГО, объем средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, руб. (стр.02+стр.03-стр.04)	05	

Руководитель страховой медицинской
организации (филиала)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение 4

к Порядку 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 2019 год

АКТ

об оплате расчетов по подушевому финансированию

(наименование Организации)

в соответствии с Договором на оказание и оплату медицинской помощи со страховой медицинской организацией

(наименование страховой медицинской организации)

за _____ 20__ г.

(период)

№	Наименование	Сумма (руб.)
1.	Общий расчетный объем подушевого финансирования, в том числе:	
1.1.	расчетный объем подушевого финансирования	
1.2.	расчетный объем подушевого финансирования по профилю «стоматология»	
2.	Сумма средств на авансирование медицинской помощи	
3.	Сумма средств, подлежащих исключению из финансирования по результатам горизонтальных расчетов с другими медицинскими организациями за пациентов, прикрепившихся к Организации, но получивших первичную медико-санитарную помощь (за исключением первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология») в других медицинских организациях по направлениям Организации и за услуги неотложной медицинской помощи без направлений	
4.	Сумма средств, полученных на пациентов, прикрепившихся к другим медицинским организациям, но в отчетном периоде получивших первичную медико-санитарную помощь (за исключением первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология») в Организации по направлениям других медицинских организаций и за услуги неотложной медицинской помощи без направлений	
5.	Общая сумма средств за первичную медико-санитарную помощь и (или) первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», оказанную в Организации пациентам, не прикрепившимся к медицинским организациям, в том числе:	
5.1.	сумма средств за первичную медико-санитарную	

	помощь (за исключением первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»), оказанную в Организации пациентам, не прикрепившимся к медицинским организациям, включенным в Перечень (приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2019 год)	
5.2.	сумма средств за первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», оказанную в Организации пациентам, не прикрепившимся к медицинским организациям, включенным в Перечень (приложение № 1.6.1 к Тарифному соглашению на 2019 год)	
6.	Сумма средств по результатам проведения МЭЭ и ЭКМП и расчетов прошлых периодов	

Итого к оплате: (п.1 - п.2- п. 3 + п.4 + п.5 – п.6) _____ руб.

Справочно: Сумма средств по счету-фактуре за фактически оказанную медицинскую помощь в отчетном периоде (с учетом результатов МЭК) _____ руб.

От страховой медицинской организации

Руководитель страховой медицинской организации

Главный бухгалтер страховой медицинской организации

М.П. «____» _____ 20__ г.

«Ознакомлен»
Руководитель Организации