Приложение №14

Порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования

1.Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования используется при оплате амбулаторной медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, МО в соответствии с Перечнем медицинских организаций, участвующих в подушевомфинансировании амбулаторной медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС (Приложение №12).

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в рамках реализации Территориальной программы производится за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях врачами-терапевтами, врачами-педиатрами, врачами общей практики (семейными врачами).

2. Прикрепление застрахованных лиц к МО для получения первичной медико-санитарной помощи осуществляется в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия между МО, СМО и ТФОМС РД при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС Республики Дагестан, утвержденным приказом ТФОМС РД от 25 октября 2013 г. № 167-о и совместным приказом Министерства здравоохранения РД и ТФОМС РД от 02.12.2013г. №867Л/194/1-о «Об утверждении порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь».

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

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

2.3. СМО и МО по состоянию на 01 число отчетного месяца проводят сверку численности прикрепленного населения к МО в разрезе половозрастных групп населения и подписывают Приложение №2 к Договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

3. Финансирование МО производится по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового подушевого норматива с учетом половозрастных коэффициентов, учитывающих различия

в расходах на оказание медицинской помощи отдельным группам граждан в зависимости от пола, возраста и их потребности в медицинской помощи.

3.1. Расчет годовой суммы по подушевому нормативу финансирования для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь по перечню, отраженному в Приложении №12, производится путем умножения численности застрахованного прикрепленного к медицинской организации населения дифференцированного по полу и возрасту в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, на 1 число отчетного месяца на подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, утвержденный настоящим Тарифным соглашением (Приложение №13).

3.2. Ежемесячная сумма финансирования по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи за первый месяц года рассчитывается путем деления годовой суммы, рассчитанной по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, на 12. В последующие месяцы ежемесячная сумма рассчитывается путем вычета из годовой суммы, рассчитанной по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, оплаченных сумм за предыдущие месяцы и делением на число оставшихся месяцев.

4.1. В реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в части амбулаторно-поликлинической помощи за отчетный период отражаются все предоставленные услуги, в том числе оплачиваемые по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи на прикрепившихся лиц.

4.2. Так как оплата за оказанную медицинскую помощь врачами-терапевтами, врачами-педиатрами, врачами общей практики (семейными врачами) осуществляется по подушевому тарифу, в реестр счетов вносится информация об оказанных им услугах с нулевой стоимостью тарифапо следующим кодам:

Код вр. спец.	Врачебная специальность	Посещение с проф.целью	Разовое обращение по заболеванию	Обращение по поводу заболевания	Посещение на дому
12	Терапевт	10601	10711	10701	10201
9	Педиатр	09602	09712	09702	09202
79	ВОП (взрослые)	59601	59711	59701	59201
	ВОП (дети)	59602	59712	59702	59202

5. СМО на основании протокола Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в платежном поручении на перечисление средств отражают стоимость амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу отдельной строкой (аванс и окончательный расчет) в составе основного платежа и перечисляют в медицинские организации единым платежным поручением.

5.1. Сумма для перечисления по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи является

фиксированной и зависит от результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы реестров, экспертизы качества медицинской помощи.

5.2. МО ежемесячно при формировании счетов-реестров за оказанную медицинскую помощь за текущий месяц представляют на оплату вместе с основным счетом дополнительно отдельный счет на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, рассчитанный по подушевому нормативу финансирования.

6. При формировании размера сумм на оплату по подушевому принципу учитывается процент фактически выполненных объемов предоставленной медицинской помощи в сравнении с запланированными.

Сумма к оплате по подушевому нормативу финансирования ежемесячно корректируется, исходя из освоения утвержденных объемов.

В случае, если нарастающим итогом они не выполнены, то предполагаемая сумма финансирования уменьшается на соответствующий процент невыполнения. Если план выполнен или перевыполнен, сумма не корректируется.