|  |
| --- |
| Приложение № \_\_3\_\_  к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского  страхования на 2015 год  от «11» февраля 2015 года |

Порядок

оплаты амбулаторно-поликлинической помощи

1. Порядок оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой медицинскими организациями по территориальной программе обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области в 2015 году, устанавливает общие принципы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, предоставляемой в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации в Еврейской автономной области медицинской помощи.
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь оплачивается:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи.

2.1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи оплачивается амбулаторно-поликлиническая помощь, оказываемая медицинскими организациями, работающими по территориально-участковому принципу, и предоставляющими отдельные медицинские услуги населению, не прикрепленному к данной медицинской организации.

Оплата за единицу объема медицинской помощи не применяется, если медицинская услуга оказана лицу, прикрепленному к данной медицинской организации.

2.2. За единицу объема медицинской помощи оплачивается амбулаторно-поликлиническая помощь, оказываемая медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения:

- ОГБУЗ «Стоматологическая поликлиника»;

- ОГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер»;

- ОГБУЗ «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины»;

- НУЗ «Отделенческая поликлиника на ст. Облучье ОАО «РЖД»;

- ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел РФ по ЕАО;

- ОГБУЗ «Онкологический диспансер»;

- Еврейское автономное областное отделение Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест»

- НЛУ «Больница Святого Великомученника и Целителя Пантелеимона».

1. Прикрепленными к медицинской организации лицами считается застрахованное на территории Еврейской автономной области население, имеющее регистрацию в населенных пунктах, обслуживаемых данной медицинской организацией, или имеющее регистрацию в других населенных пунктах, но прикрепленное к данной медицинской организации по письменному обращению застрахованного с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан на одну должность участкового врача.
2. Подушевой норматив финансирования на прикрепленное население включает финансовые средства на оплату всей деятельности амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации за исключением:

- стоматологической помощи;

- диспансеризации (всех видов);

- медицинских услуг, оказанных населению, застрахованному в других субъектах Российской Федерации;

- средств на содержание амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций (второй части тарифа).

5. Месячный объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи (Сi) i-медицинской организации рассчитывается по формуле:

Сi = Сфi + Сстомi + Сдиспi + Cмтрi, где

Сфi – месячная сумма финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной i-медицинской организацией;

Сстомi – оплата фактически оказанных i-медицинской организацией объемов стоматологической помощи по установленным тарифам (за условную единицу трудоемкости);

Сдиспi – оплата законченных случаев диспансеризации по установленным тарифам, выполненных i-медицинской организацией;

Cмтрi – оплата медицинских услуг, оказанных i-медицинской организацией населению, застрахованному в других субъектах Российской Федерации, по установленным тарифам;

1. Месячная сумма финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной медицинской организацией (Сфi), рассчитывается по формуле:

Сфi = ∑Сфi (смо q), где

Сфi (смо q) – месячная сумма финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной i-медицинской организацией населению, застрахованному q-страховой медицинской организацией, рассчитывается по формуле:

Сфi (смо q) = (∑Дij \* Чij q \* Кп + Сi нп – Cп) – {(∑Дij \* Чij q \* Кп + + Сi нп – Cп) – Зi q}, где

Дij – дифференцированный подушевой норматив i-медицинской организации по j-половозрастной группе застрахованных лиц;

Чij q – численность прикрепленного к i-медицинской организации по j-половозрастной группе населения, застрахованного q-страховой медицинской организацией, по состоянию на первое число месяца, на который производится расчет;

Кп – поправочный коэффициент, приводящий объем средств, рассчитанный по дифференцированным подушевым нормативам, в соответствие с объемом средств, направляемых в расчетном месяце на подушевое финансирование;

Ci нп - стоимость амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной i-медицинской организацией неприкрепленному населению;

Сп – стоимость амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной прикрепленному населению в других медицинских организациях;

Зi q – стоимость медицинских услуг после проведения контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, оказанной i-медицинской организацией (без учета показателей, указанных в пункте 4 настоящего Порядка) застрахованным q-страховой медицинской организацией.

Если итог вычитания показателей, указанных в скобке {(∑Дij \* Чij q \* \*Кп + Сi нп – Cп) – Зi q}, больше нуля, то формула расчета показателя Сфi (смо q) выполняется полностью. Если итог скобки {(∑Дij \* Чij q \* Кп + +Сi нп – Cп) – Зi q} меньше нуля, то итог по скобке принимается равным нулю.

То есть, месячная сумма финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной i-медицинской организацией населению, застрахованному q-страховой медицинской организацией, будет равна сумме, рассчитанной по подушевым нормативам, но не более суммы стоимости медицинской помощи, выполненной за месяц, с учетом медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы i-медицинской организации.

Если по итогам работы за месяц всех медицинских организаций области складывается экономия финансовых средств в связи с невыполнением объемов медицинской помощи в целом по области, то у отдельных медицинских организаций, у которых сумма выполненных объемов выше суммы по подушевым нормативам, к оплате может быть принята стоимость амбулаторно-поликлинической помощи сверх суммы по подушевым нормативам, но не более стоимости выполненных объемов и в пределах средств сложившейся экономии.

Дифференцированные подушевые нормативы (Дij) рассчитываются в следующей последовательности:

1. Рассчитываются коэффициенты дифференциации (КДij) для i-медицинской организации по j-половозрастным группам прикрепленного населения.

Для расчета коэффициентов дифференциации:

для расчета коэффициентов дифференциации на 2015 год принимаются данные за период: второе полугодие 2013 года плюс первое полугодие 2014 года;

население, прикрепленное к каждой медицинской организации, распределяется на половозрастные группы соответственно группам, применяемым для расчета дифференцированных подушевых нормативов страховых медицинских организаций. К расчету принимается численность прикрепленных лиц на 01 июля 2013 года;

определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной прикрепленному населению, на основании реестров счетов за расчетный период в разрезе половозрастной структуры прикрепленных лиц;

определяется норматив затрат на одно прикрепленное лицо (Р) без учета возраста и пола по следующей формуле:

Р = З / Ч / М, где

З – затраты на оплату медицинской помощи, оказанной всеми медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, всем прикрепленным лицам за расчетный период;

Ч – численность всех прикрепленных лиц;

М – количество месяцев в расчетном периоде;

определяются для каждой i-медицинской организации нормативы затрат на одно прикрепленное лицо, попадающее в j-половозрастной интервал (Рij)по следующей формуле:

Рij = Зij / Чij / М, где

Зij – затраты на оплату медицинской помощи в i-медицинской организации, оказанной лицам, попадающим в j-половозрастной интервал за расчетный период;

Чij – численность прикрепленных к i-медицинской организации лиц, попадающих в j-половозрастной интервал;

М – количество месяцев в расчетном периоде;

рассчитываются коэффициенты дифференциации для i-медицинской организации по каждой j-половозрастной группе (КДij) по следующей формуле:

КДij = Рij / Р, где

Рij – норматив затрат на одно прикрепленное к i-медицинской организации лицо, попадающее в j-половозрастной интервал;

Р – норматив затрат на одно прикрепленное лицо без учета возраста и пола;

1. Рассчитывается среднедушевой норматив финансирования (S) всех медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, по следующей формуле:

S = П / Ч, где

П – плановая сумма на месяц, направляемая на финансирование амбулаторно-поликлинической помощи всех медицинских организаций;

Ч – численность всех прикрепленных лиц;

Плановая сумма на месяц (П) – это стоимость посещений, планируемых к выполнению в текущем году, умноженная на показатель удельного веса каждого месяца в общей сумме принятых к оплате средств за прошедший календарный год. Плановая сумма на месяц рассчитывается для каждой медицинской организации с учетом помесячной дифференциации, сложившейся за прошедший год. Плановая сумма на месяц не учитывает следующие выплаты: надбавку за специфику работы в учреждении, надбавку за повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, надбавку за оказание дополнительной медицинской помощи.

Плановая сумма на месяц, направляемая на финансирование амбулаторно-поликлинической помощи всех медицинских организаций (П), рассчитывается по следующей формуле:

П = ∑Кпос ik \* Тпос ik \* Удв, где

Кпос ik – плановое количество посещений i-медицинской организации по k-специальностям на год;

Тпос ik – тариф посещения i-медицинской организации по k-специальности;

Удв – удельный вес принятой к оплате стоимости медицинской помощи каждого месяца в сумме принятой к оплате стоимости медицинской помощи за прошедший календарный год;

1. Рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для i-медицинской организации по j-половозрастным группам прикрепленных лиц (Дij)по следующей формуле:

Дij = S \* КДij, где

S - среднедушевой норматив финансирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население;

КДij - коэффициенты дифференциации для i-медицинской организации по каждой j-половозрастной группе.

В целях приведения объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, в соответствие с объемом средств, направляемых в расчетном месяце на подушевое финансирование, рассчитывается поправочный коэффициент по следующей формуле:

Кп = П / (∑Дij \* Чij), где

П - плановая сумма на месяц, направляемая на финансирование амбулаторно-поликлинической помощи всех медицинских организаций;

(∑Дij \* Чij) – расчетная сумма финансирования всех медицинских организаций на месяц.

1. Суммы финансирования по показателям Сстом, Сдисп, Сн, Смтр рассчитываются по общей для этих показателей формуле:

С(стом, дисп, н, мтр) = ∑Кусл \* Тусл, где

Кусл – количество фактически оказанных медицинских услуг;

Тусл – тарифы на медицинские услуги, установленные Тарифным соглашением.

Расходы на содержание включаются в стоимость амбулаторно-поликлинической помощи согласно подпункту 1.3 Порядка применения тарифов на оплату медицинской помощи.