

Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому принципу

1. Оплата по подушевому принципу – один из способов оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях застрахованным гражданам в медицинских организациях, работающих в системе ОМС Новосибирской области.

Оплата по подушевому принципу первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, производится с учетом численности населения, прикрепленного в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами органов государственной власти Российской Федерации и Новосибирской области.

2. Оплата по подушевому принципу первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, производится из общего подушевого норматива финансирования, утвержденного ТП ОМС.

За счет средств подушевого финансирования компенсируются затраты на осуществление первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами в амбулаторных условиях, за исключением специалистов медицинских организаций, оказывающих стоматологическую и дерматологическую медицинскую помощь (структурных подразделений), специалистов центров здоровья и женских консультаций (как самостоятельных медицинских организаций или как структурных подразделений медицинских организаций для оказания по территориальному принципу первичной медико-санитарной (в амбулаторных условиях) акушерско-гинекологической помощи женщинам).

Также в состав подушевого норматива финансирования включены соответствующие доли затрат на услуги параклинических отделений, содержание административно-управленческих, хозяйственных служб и медицинской регистратуры, внешних консультаций и обследований (за исключением стоматологической и дерматологической медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья и женских консультациях (как самостоятельными медицинскими организациями или как структурными подразделениями медицинских организаций для оказания по территориальному принципу первичной медико-санитарной (в амбулаторных условиях) акушерско-гинекологической помощи женщинам).

За счет средств подушевого финансирования производится компенсация затрат за оказанную первичную медико-санитарную помощь, оказанную в амбулаторных условиях, в части заработной платы, начислений на выплаты по оплате труда, приобретения медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химвосуды и прочих материальных запасов, приобретения мягкого инвентаря, содержания медицинской организации.

Оплата стоматологической, дерматологической и акушерско-гинекологической медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, финансируемых по подушевому принципу, а также медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья, производится по законченному случаю в пределах установленного государственного заказа.

3. Финансирование медицинских организаций производится по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового подушевого норматива на комплексную амбулаторную услугу и половозрастных коэффициентов расходов, учитывающих различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам граждан в зависимости от пола, возраста и их потребности в медицинской помощи.

Базовый месячный подушевой норматив финансирования на 1-го застрахованного рассчитывается по следующему алгоритму:

$$П_{нм} = (C_{ап} - C_{аг} - C_{д} - C_{с} - C_{ц}) / \sum Ч_{ij} * k_{поліj} / 12,$$

где:

$C_{ап}$ - плановая величина расходов на финансирование первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в рамках ТП ОМС на текущий год,

$C_{аг}$ - величина планируемых расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой по профилю акушерство-гинекология,

$C_{д}$ - величина планируемых расходов на оплату дерматологической медицинской помощи,

$C_{с}$ - величина планируемых расходов на оплату стоматологической медицинской помощи,

$C_{ц}$ - величина планируемых расходов на оплату медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья,

$Ч_{ij}$ – численность прикрепленного застрахованного населения в разрезе половозрастных групп населения j - того муниципального образования,

$k_{поліj}$ – дифференцированный половозрастной коэффициент расходов i -ой половозрастной группы j - того муниципального образования.

Величина базового месячного подушевого норматива финансирования на 1-го застрахованного устанавливается Тарифным соглашением.

Плановый месячный размер подушевого финансирования медицинской организации ($П_{ап}$) определяется СМО исходя из базового подушевого норматива финансирования и численности прикрепленного населения, скорректированного на половозрастные коэффициенты расходов, отражающие потребность различных групп населения в возмещении затрат за оказанную медицинскую помощь, по формуле:

$$П_{ап} = \sum П_{нм} * k_{полі} * Ч_{i},$$

где:

$П_{нм}$ – базовый подушевой норматив финансирования,

$k_{полі}$ - коэффициент расходов i -ой возрастной группы;

$Ч_{i}$ – численность прикрепленного населения в разрезе возрастных групп населения.

4. Численность прикрепленного населения в разрезе половозрастных групп населения устанавливается СМО на 1 число каждого месяца.

5. При расчете планового подушевого финансирования за медицинскую помощь, оказанную до 01.07.2013 года, используются следующие дифференцированные половозрастные коэффициенты расходов ($k_{полі}$):

Возраст, лет	Коэффициент затрат на медицинскую помощь	
	Для мужчин	Для женщин
До 3 лет	3,1008	3,0605
От 4 до 9 лет	1,6997	1,6675
От 10 до 17 лет	1,2213	1,2520
От 18 до 49 лет	0,3683	0,7717
От 50 до 65 лет	0,7649	1,2555
66 и более лет	1,3005	1,4969

Дифференцированные половозрастные коэффициенты расходов, используемые при расчете планового подушевого финансирования за медицинскую помощь, оказанную с 01.07.2013 года:

Возраст, лет	Коэффициент затрат на медицинскую помощь	
	Для мужчин	Для женщин
От 0 до 4 лет	2,8666	2,7134
От 5 до 17 лет	1,7169	1,4812
От 18 до 54 лет	-	0,7056
От 18 до 59 лет	0,6184	-
От 55 и старше	-	1,1178
От 60 и старше	0,9020	-

6. Финансирование медицинской организации по подушевому принципу осуществляется СМО ежемесячно в пределах средств подушевого финансирования, определенных в соответствии с п. 3 настоящего Порядка, с учетом выполнения плана посещений в расчетном периоде и «коридора риска».

План посещений – помесечное распределение объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленного в рамках государственного задания для конкретной медицинской организации, за исключением медицинской помощи, оказываемой врачами-стоматологами, врачами-дерматологами и медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья и женских консультациях (как самостоятельными медицинскими организациями или как структурными подразделениями медицинских организаций для оказания по территориальному принципу первичной медико-санитарной (в амбулаторных условиях) акушерско-гинекологической помощи женщинам).

Помесечный план посещений для медицинских организаций утверждается приказом министерства здравоохранения Новосибирской области в рамках государственного задания.

«Коридор риска» - допустимый размер отклонения фактически выполненных объемов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, от плановых (в случае невыполнения), в пределах которого к расчетам принимается полная сумма месячного размера подушевого финансирования медицинскими организациями, составляет 20%. При фактическом выполнении плана посещений меньше утвержденного с учетом «коридора риска» размер средств подушевого финансирования корректируется на процент невыполнения.

7. Формирование реестров счетов, оплата которых производится из средств подушевого норматива, и медицинских услуг, оплата которых производится по законченному случаю, производится отдельно.

Медицинские организации, работающие по подушевому принципу, формируют счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в разрезе СМО по установленной форме (Приложение 1).

8. В случаях, когда оказание отдельных видов медицинской помощи, включенных в состав подушевого норматива финансирования (диагностические услуги, консультации врачей-специалистов и т.п.), в медицинской организации невозможно, организация обязана обеспечить предоставление прикрепленному к нему населению такой помощи путем привлечения соответствующего специалиста или направления застрахованного лица в другие медицинские организации, работающие в системе ОМС.

В этом случае расчеты за оказанные услуги осуществляются СМО из средств подушевого финансирования медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, по полному тарифу.

9. После принятия счетов СМО сравнивает суммарные фактические показатели числа посещений с плановыми для данной медицинской организации и производит оплату в рамках утвержденного государственного задания с учетом «коридора риска».

СМО ежемесячно, в срок до 20 числа текущего месяца, авансирует медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь прикрепленному населению, в размере до 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.

При оплате счетов СМО направляет в медицинскую организацию расчет суммы к перечислению средств подушевого финансирования. Примерная форма расчета приведена в Приложении 2.

10. Величина финансовых средств ОМС, направляемых на заработную плату и начисления на выплаты по оплате труда, должна составлять не более 80,0% подушевого норматива, на приобретения медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла- не менее 4%.

11. Перечень медицинских организаций, работающих по подушевому принципу, приведен в Приложении 3.

СЧЕТ

на оплату по подушевому нормативу первичной медико-санитарной помощи,
оказанной в амбулаторных условиях

№ _____ от _____ 20__ г.

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Лицензия № _____ срок действия лицензии с _____ по _____

ИНН _____ КПП _____

№ расчетного счета _____

Банк _____

БИК _____

№ корреспондирующего счета _____

Платательщик _____

Адрес _____

ИНН _____ КПП _____

№ расчетного счета _____

Банк _____

БИК _____

№ корреспондирующего счета _____

Период	
Количество прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС	Плановый размер подушевого финансирования, руб.

Итого сумма к оплате (сумма прописью)

_____ руб.

Руководитель

М.П.

Главный бухгалтер

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

2. Плановый объем посещений - _____ .

Фактический объем посещений по реестрам счетов - _____ ,

% выполнения - _____ .

3. Расчет суммы подушевого финансирования, подлежащей перечислению

Размер подушевого финансирования, скорректированный с учетом выполнения плана посещений	1	
Остаток средств на начало периода (задолженность СМО)	2	
Остаток средств на начало периода (задолженность МО)	3	
Сумма перечисленного аванса	4	
Оплачено МО-исполнителям за оказанные внешние услуги, всего	5	
в том числе по МО-исполнителям:		
	5.1	
	5.1	
	...	
Удержано по результатам экспертиз	6	
Подлежит перечислению, руб. *) (стр.1+стр.2-стр.3-стр.4-стр.5-стр.6)	7	

*)Отрицательный результат по строке 7, полученный в результате расчета, является задолженностью МО и при расчете сумм к перечислению в следующем месяце отражается по строке 3 со знаком «+».

Главный бухгалтер СМО _____

**Перечень медицинских организаций, работающих по подушевому принципу
финансирования**

Код МО	Наименование МО	Базовый подушевой норматив финансирования на 1 застрахованного, руб.
601	ГБУЗ НСО «Барабинская центральная районная больница»	103,57
869	НУЗ «Узловая больница на ст. Барабинск ОАО "РЖД»	103,57