

ПОРЯДОК

применения способов оплаты медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи

Оплата медицинской помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи.

1. Оплата медицинской помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) по всем видам и условиям ее предоставления осуществляется:

1.1 По подушевому нормативу финансирования в соответствии с перечнем Медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (**Приложение 15** к Тарифному соглашению).

Подушевой норматив финансирования включает затраты на оказание первичной доврачебной, первичной врачебной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, неотложной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы:

- на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- на стоматологическую медицинскую помощь;

- на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам ХМАО - Югры за пределами территории страхования;

- на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

- на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов;

- на медицинскую помощь, оказанную неприкрепленному населению.

Расходы, не включенные в подушевой норматив финансирования на прикрепленное население, оплачиваются по тарифам за единицу объема медицинской помощи (в соответствии с **Приложением 1** к Тарифному соглашению).

1.2. Критериями применения подушевого финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи для медицинских организаций являются:

- расположение в сельской местности и (или) районах Крайнего Севера и местностях, приравненных к районам Крайнего Севера.
- наличие в структуре медицинской организации подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.
- участковые больницы, в качестве самостоятельных юридических лиц.

1.3 Показатели результативности деятельности медицинской организации оцениваются Комиссией по разработке ТП ОМС на ежеквартальной основе, в соответствии с «Перечнем показателей результативности деятельности медицинских организаций и критериями их оценки для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования, на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям», представленными в Таблице 1.

Таблица 1.

№ п/п	Наименование показателя	Расчет показателя	Критерии оценки, %	Нормативный бал	Источник информации
1.	Выполнение количества посещений с профилактической целью, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Кол-во профилактических посещений (выполненных в рамках подушевого финансирования)/ утвержденное количество профилактических посещений в рамках подушевого финансирования x 100%	102 и более	0	ТФ ОМС (из реестров персональных счетов)
			90-101	5	
			89 и менее	0	
2.	Выполнение количества обращений в связи с заболеваниями, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Количество обращений в связи с заболеваниями (выполненных в рамках подушевого финансирования)/ утвержденное количество в рамках подушевого финансирования x 100%	106 и более	0	ТФ ОМС (из реестров персональных счетов)
			80-105	5	
			Менее 79	0	
3.	Выполнение плана по объемам медицинской помощи в круглосуточном стационаре, %	Количество случаев госпитализации, оплаченных СМО/ плановое количество случаев госпитализаций x 100%	Более 101	0	ТФ ОМС (из реестров персональных счетов)
			90-100	5	
			Менее 90	3	
4.	Выполнение плана по объемам медицинской помощи в дневном стационаре, %	Количество случаев лечения, оплаченных СМО/ плановое количество случаев лечения x 100%	Более 101	0	ТФ ОМС (из реестров персональных счетов)
			90-100	5	
			Менее 90	3	
5.	Выполнение количества посещений в неотложной форме, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Кол-во посещений (выполненных в рамках подушевого финансирования)/ утвержденное количество профилактических посещений в рамках подушевого финансирования x 100%	Более 101	0	ТФ ОМС (из реестров персональных счетов)
			90-100	5	
			Менее 90	0	

Ежемесячный размер финансового обеспечения на выполнение показателей результативности деятельности медицинской организации составляет 1% от общего финансового обеспечения данных медицинских организаций по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$ОС_{\text{пн}} = ФДП_{\text{н}}^i \times Ч_3^i \times (1 - Д_{\text{рд}}) + ОС_{\text{рд}}, \text{ где:}$$

$ОС_{\text{пн}}$ финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

$Д_{\text{рд}}$ доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

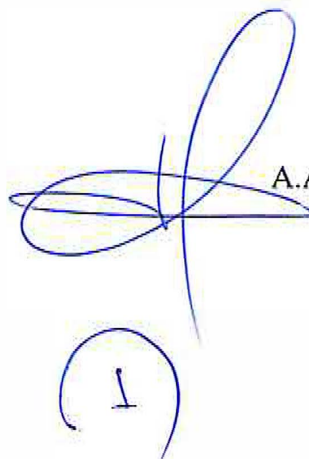
$ОС_{\text{рд}}$ размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется ежеквартально.

2. Особенности формирования реестров счетов и оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях (в том числе стоматологической медицинской помощи, диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения), в условиях круглосуточного и дневного стационаров, а также порядок оплаты скорой медицинской помощи представлены в соответствующих приложениях к тарифному соглашению (**Приложения 1-4** к Тарифному соглашению).

Подписи сторон:

Директор
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.А. Добровольский

Директор
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.П. Фучежи

Директор
Филиала ООО «Капитал МС»
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре



И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



М.А. Соловей

Председатель правления Некоммерческого
партнерства «Ассоциация работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры»

Председатель окружной организации
профсоюза работников здравоохранения РФ



Ю.С. Сподар

О.Г. Меньшикова