

**Порядок  
расчета и перечисления финансовых средств для подушевого  
финансирования в медицинские организации, оказывающие первичную  
медико-санитарную помощь  
в амбулаторных условиях прикрепленному населению  
на 2016 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 в амбулаторных условиях прикрепленному населению.

**1. Определение объема финансовых средств для  
финансирования медицинских организаций по подушевому  
нормативу**

1.1. Объем средств для подушевого финансирования медицинских организаций на 2016 год рассчитывается исходя из количества застрахованных по ОМС лиц, прикрепленных к медицинским организациям, с учетом прогнозного увеличения регистра прикрепленного населения и размера годового дифференцированного подушевого норматива для финансирования медицинских организаций, установленного Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2016 год (далее – Тарифное соглашение).

Объем средств для подушевого финансирования медицинских организаций на 2016 год корректируется в зависимости от изменения годового дифференцированного подушевого норматива для финансирования медицинских организаций.

**2. Расчет подушевых нормативов финансирования**

2.1. Фонд, исходя из установленного Тарифным соглашением размера годового дифференцированного подушевого норматива для финансирования медицинских организаций (далее – МО), оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население, 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 доводит до страховых медицинских организаций рассчитанные дифференцированные подушевые нормативы на прикрепленное население 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, прикрепленных 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 прикрепленного населения 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 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 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 взаиморасчеты между МО из Перечня МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2016 год), имеющими прикрепленное население и участвующими в финансировании по подушевому нормативу и МО из Перечня МО (Приложение № 1.2 к Тарифному соглашению на 2016 год), участвующими в горизонтальных взаиморасчетах, оказывающими первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по направлениям МО, имеющих прикрепленное население, за фактически оказанную медицинскую помощь по действующим тарифам;

- проводят расчеты за медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным по ОМС в г. Москве, неприкрепленным к МО из Перечня МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2016 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, приложение 4.1.) (далее – Акт), исходя из расчетного объема подушевого финансирования с учетом:

- сумм средств, подлежащих исключению и добавлению по результатам горизонтальных взаиморасчетов с другими МО (Приложение № 1.2 к Тарифному соглашению на 2016 год) за пациентов, получивших амбулаторную медицинскую помощь не по месту прикрепления по направлениям МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2016 год)\*);

- сумм средств за медицинскую помощь, оказанную гражданам, не прикрепленным к МО из Перечня МО (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2016 год)\*\*);

- сумм 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 прикрепленным 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 прикрепленным 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 прикрепленных к данному МО, так и к другим МО, включенным в Перечень (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2016 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. Порядок учета медицинской помощи**

5.1. 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 взаиморасчеты за фактически оказанную медицинскую помощь между МО, имеющими прикрепленное население.

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.

5.2. 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.

5.3. 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 прикрепленным, так и не прикрепленным к МО.

5.4. Медицинская помощь, оказанная гражданам в медицинских организациях, не участвующих в подушевом финансировании, (стоматологических поликлиниках, 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).

#### **6. 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.