**Приложение № 3**

к Соглашению о тарифах

на оплату медицинской помощи

по обязательному медицинскому

страхованию на территории

Хабаровского края на 2025 год

**ПОРЯДОК**

**расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС**

***1. Общие положения и понятия***

В настоящем Порядке используются следующие понятия и определения:

***Медицинская услуга*** *–* медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

***Тарифы на медицинскую помощь (услуги)*** *–* отдельная группа ценовых показателей в денежном выражении, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации;

***Отдельные медицинские (диагностические) услуги*** – услуги, предоставляемые медицинскими организациями в амбулаторных условиях и оплачиваемые по отдельным тарифам в соответствии с установленными Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Хабаровском крае объемами;

***Клинико-статистическая группа заболеваний (далее также – КСГ, группа заболеваний, состояний)*** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

***Подгруппа в составе КСГ*** – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по КСГ, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Приложением 10 к настоящим рекомендациям;

***Базовая ставка*** – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в группу заболеваний, состояний, который без учета коэффициента дифференциации устанавливается не ниже минимальных размеров базовых ставок, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе Программы;

***Коэффициент относительной затратоемкости*** – устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

***Коэффициент дифференциации*** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

***Поправочные коэффициенты*** – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

***Коэффициент специфики*** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

***Коэффициент уровня медицинской организации*** – устанавливаемый   
на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия   
в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь   
в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

***Коэффициент подуровня медицинской организации*** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленных объективными причинами;

***Коэффициент сложности лечения пациентов*** – устанавливаемый   
на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

***Случай госпитализации*** в круглосуточный стационар (**случай лечения** в дневном стационаре) – случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

***Оплата медицинской помощи по КСГ*** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов;

***Оплата медицинской помощи за услугу*** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями;

***Законченный случай лечения в поликлинике*** – обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута). Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичного и повторного (-ых) посещений.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, ухудшение, требующее направления пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях «Талона амбулаторного пациента» только при последнем посещении больного по данному поводу.

***Граждане, прикрепившиеся к медицинской организации*** – застрахованные по ОМС граждане, выбравшие медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, в рамках территориальной программы ОМС в соответствии с отметкой в регистре застрахованных Хабаровского края (далее – прикрепившиеся граждане).

**2. Методика расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой в рамках реализации территориальной программы ОМС**

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;

2. Коэффициент относительной затратоемкости;

3. Коэффициент дифференциации (при наличии);

4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;

5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

6. Коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | базовая ставка, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации; | |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); | |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; | |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации  от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации  в сфере обязательного медицинского страхования» (далее –­ Постановление № 462).  Данный коэффициент используется в расчетах, в том числе  в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (далее – ЗАТО); | |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)  \* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице). | |

**Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:**

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС). |

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице)

В случае выделения в субъекте Российской Федерации подгрупп   
в составе КСГ, для которых Приложением № 4 к Программе установлена   
доля заработной платы и прочих расходов, в Тарифном соглашении субъекта Российской Федерации устанавливаются рассчитанные в субъекте Российской Федерации доли заработной платы и прочих расходов в структуре выделяемых подгрупп.

**2.1.1. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ)**

Размер базовой ставки определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (ОС);

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате   
по КСГ (Чсл);

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

Размер базовой ставки устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, и рассчитывается по формуле:

.

СПК рассчитывается по формуле:

.

Если для КСГ Приложением N 4 к Программе не установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, значение ДЗП принимается равным 1.

При расчете базовой ставки в качестве параметра Ослп Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) может использовать сумму, характеризующую вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи (указанный объем средств целесообразно планировать в сопоставимых ценах путем индексации объема средств (ОСЛП), рассчитанного на основании значений КСЛП предыдущего года или путем использования при расчете параметра ОСЛП значений КСЛП и базовой ставки, предусмотренных для оплаты медицинской помощи в текущем году):

,

где:

размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в году.

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Необходимо учитывать, что Программой предусмотрены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для медицинской реабилитации и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за исключением медицинской реабилитации. При этом базовая ставка едина для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (в том числе для профиля «медицинская реабилитация»). Ее расчет осуществляется на основании объема средств, предназначенного для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (ОС), общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (ЧСЛ ), среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК) и объема средств, запланированного для КСЛП (ОСЛП), для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за исключением медицинской реабилитации.

Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется с использованием базовой ставки, рассчитанной в соответствии с вышеописанным алгоритмом.

**2.1.2. Коэффициент относительной затратоемкости КСГ**

Коэффициенты относительной затратоемкости определены с учетом статей затрат, предусмотренных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом № 326-ФЗ, выполнения целевых показателей уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ № 597), стоимости медицинских изделий и лекарственных препаратов, предусмотренных клиническими рекомендациями, традиционных продуктов диетического лечебного питания и специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания –­ смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов[[1]](#footnote-1), включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

**2.1.3.Коэффициент специфики оказания медицинской помощи**

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи (далее – коэффициент специфики) устанавливается тарифным соглашением для конкретной КСГ.

Цель установления коэффициента специфики состоит в мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, или стимулировании к внедрению конкретных современных методов лечения. Кроме этого, коэффициент специфики может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников (через осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров в больничных учреждениях. В период перехода на оплату медицинской помощи по КСГ коэффициент специфики может применяться с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, отнесенных к отдельным КСГ, пролеченных преимущественно в монопрофильных медицинских организациях.

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций.

При выделении подгрупп в составе базовой КСГ коэффициент специфики учитывается при расчете коэффициентов относительной затратоемкости выделенных подгрупп. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

Значение коэффициента специфики – от 0,8 до 1,4.

К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds19 (профиль «Онкология»),   
а также st08 и ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

**2.1.4.Коэффициент уровня медицинской организации**

Коэффициент уровня медицинской организации установлен Соглашением в разрезе трех уровней медицинских организаций дифференцированно для медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством.

Коэффициент уровня медицинской организации при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара принимается равным 1.

Коэффициент уровня медицинской организации отражает разницу в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильность медицинской организации (например, инфекционная больница, и т.д.)), базирующихся на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в составе Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (далее соответственно – Методика расчета тарифов, Правила ОМС), по каждому уровню могут выделены подуровни медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

Границы значений коэффициента подуровня медицинской организации:

для медицинских организаций 1-го уровня − от 0,8 до 1,0;

для медицинских организаций 2-го уровня − от 0,9 до 1,2;

для медицинских организаций (структурных подразделений) 3-го уровня − от 1,1 до 1,4.

Средневзвешенный коэффициент уровня медицинской организации (СКУСi) каждого уровня медицинской организации не может превышать средние значения. СКУСi и рассчитывается по формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средневзвешенный коэффициент уровня медицинской организации i; |
|  | коэффициент подуровня медицинской организации j; |
|  | число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем j; |
|  | число случаев в целом по уровню. |

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1).

**2.1.5.Коэффициент сложности лечения пациента**

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи.

КСЛП учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приводится в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражаются в реестрах счетов.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением 14 к Соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» в составе случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

**2.1.6.Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа**

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), рассчитаны в соответствии с Методикой расчета тарифов и включают в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

Для последующего расчета остальных услуг диализа, оказываемых на территории субъекта Российской Федерации, к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоемкости.

Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

**2.2. Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях**

**2.2.1. Расчет объема средств на оплату медицинской помощи   
в амбулаторных условиях**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, рублей; |
|  | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек. |

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи  с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения  по заболеванию при оказании медицинской помощи  по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей; |

**2.2.2. Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| где: |  | | |
| ПНБА3 | Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей; | | |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи  по подушевому нормативу финансирования, рублей;  С | | |
| ОСРД | | объем средств, направляемых медицинским организациям ОС в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей; | |
| СКД от | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала | | |
| СКДпв | | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава; | |
|  | единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. | | |
|  | | | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации (по решению субъекта Российской Федерации при расчете может использоваться численность населения, прикрепленного к медицинским организациям, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц), человек. |

где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации в соответствии с пунктом 2.5 настоящего раздела рекомендаций; |
|  |  | |
|  | | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек; |

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

,

,

где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ОСФАП | | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей; |
|  | |  |
| ОСД(Л)И | | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСНЕОТЛ | | объем средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива); |
|  | | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей; |
|  | | объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии  с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей |
|  | | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе углубленной диспансеризации), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСДН | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; | |
|  | | объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, рублей. |
|  | |  |

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

**2.2.3. Правила применения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи.**

Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации должны определяться дифференцированно с учетом предусмотренных пунктом 5.1. Требований коэффициентов.

С учетом объективных, экономически обоснованных критериев и расчетов, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования могут определяться дифференцированно, в том числе в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню. В соответствии с Требованиями при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования:

1) коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее – );

2) коэффициенты половозрастного состава (далее – ); 3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее – );

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (далее – );

5) коэффициенты дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации - значение коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи устанавливается для каждой медицинской организации).

При расчете могут учитываться плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, а также расходы, связанные с содержанием медицинской организации, в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации.

В соответствии с Программой подушевой норматив финансирования для

федеральных медицинских организаций (за исключением образовательных организаций высшего образования) и негосударственных медицинских организаций, являющихся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте, не может быть ниже подушевого норматива финансирования для медицинских организаций соответствующего субъекта Российской Федерации, расположенных в крупных городах.

В целях единообразного подхода к установлению размеров подушевого норматива финансирования федеральных медицинских организаций (за исключением образовательных организаций высшего образования) и негосударственных медицинских организаций, являющихся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте, и недопущения снижения доступности в указанных медицинских организациях значение подушевого норматива финансирования для медицинских организаций соответствующего субъекта Российской Федерации, расположенных в крупных городах (ПНкруп) определяется по следующей формуле:

где:

дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской

организации, подведомственной исполнительному органу субъекта Российской Федерации и расположенной в городе федерального значения, административном центре (столице) субъекта Российской Федерации, рублей;

численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той

медицинской организации, подведомственной исполнительному

52

органу субъекта Российской Федерации и расположенной в городе федерального значения, административном центре (столице) субъекта Российской Федерации, человек;

общая численность застрахованных лиц, прикрепленных ко всем 3 медицинским организациям, подведомственным исполнительному органу субъекта Российской Федерации и расположенным в городе федерального значения, административном центре (столице) субъекта Российской Федерации, человек;

КДi, коэффициент дифференциации, используемый при оплате

медицинской помощи, оказанной в городе федерального значения, административном центре (столице) субъекта Российской Федерации.

**2.2.4. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи при расчете значений коэффициента специфики оказания медицинской помощи учитываются половозрастные коэффициенты дифференциации. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период, и устанавливаются в тарифном соглашении.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива выполняется следующий алгоритм:

Численность застрахованных лиц распределяется на половозрастные группы. Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

1) до года мужчины/женщины;

2) год - четыре года мужчины/женщины;

3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;

4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Все лица, застрахованные в субъекте Российской Федерации в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода.

Определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам - на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) в субъекте Российской Федерации (без учета возраста и пола) по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| З | затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период; |
| М | количество месяцев в расчетном периоде; |
| Ч | численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации. |

Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее   
в j-тый половозрастной интервал (Pj), по формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| Зj | затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период; |
| Чj | численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации, попадающего в j-тый половозрастной интервал. |

Рассчитываются коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

.

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

В случае, если медицинская организация имеет структуру прикрепленного к ней населения равную структуре населения в целом по субъекту Российской Федерации, она имеет значение половозрастного коэффициента дифференциации равное 1.

В случае, если структура прикрепленного к медицинской организации населения отличается от структуры населения в целом по субъекту Российской Федерации, то значения половозрастных коэффициентов дифференциации для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | коэффициент половозрастного состава, определенный для i-той медицинской организаций; |
|  |  |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы); |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы); |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек. |

Таким образом, увеличение доли прикрепленного к медицинской организации населения по половозрастным группам, коэффициенты дифференциации по которым выше 1, в том числе по группам мужчин и женщин 65 лет и старше, при прочих равных будет вести к повышению значения половозрастного коэффициента дифференциации для медицинской организации.

**2.2.5. Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений,** **расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения   
до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала**

Указанный коэффициент (КДОТ) применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц таких медицинских организаций с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих   
до 20 тысяч человек, не менее 1,113,

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса и др.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации КДОТ, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организаций (при наличии). |
|  | доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1); |
|  | коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала. |

**2.2.6. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования   
для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации (), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой   
в амбулаторных условиях по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i-той медицинской организации (при необходимости); |
|  | коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации (при необходимости); |
|  | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации. |

**2.2.7. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов**

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (обслуживающих от 101 до 2000 жителей) при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27 июня 2012 г. № 24726) (далее – Приказ № 543н) устанавливается Программой.

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации устанавливаются путем применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с Постановлением № 462, к размерам финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Кроме указанных типов фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при необходимости субъектом Российской Федерации самостоятельно устанавливаются базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов (обслуживающих менее 100 и более 2000 жителей, а также указанных пунктов, не соответствующих требованиям, установленным Приказом № 543н) исходя из установленных Разделом VI Программой нормативов, с применением понижающих и повышающих поправочных коэффициентов к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерского-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей и от 1500 до 2000 жителей соответственно.

В случае обслуживания фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушерок, отдельные полномочия по работе с такими женщинами могут быть возложены на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
|  | число фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению); |
|  | базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
|  | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом №543н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). |

В случае если у фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта; |
|  | размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с начала года; |
|  | количество месяцев, оставшихся до конца календарного года. |

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

**2.2.8. Оплата** **профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации**

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. N 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. N 64042), от 10 августа 2017 г. N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. N 47855), от 15 февраля 2013 г. N 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации" (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. N 27964), от 21 апреля 2022 г. N 275н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью" (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. N 68366), от 15 марта 2022 г. N 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. N 68288), от 4 июня 2020 г. N 548н "Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями" (зарегистрировано в Минюсте России 26 июня 2020 г. N 58786) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи" национального проекта "Здравоохранение").

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, утвержден Приложением № 6 к Базовой программе.

При этом тарифным соглашением устанавливаются тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, применяемые при межучрежденческих расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад.

В тарифном соглашении устанавливаются тарифы на указанные в Приложении № 2 к Программе медицинские услуги в соответствии с нормативом финансовых затрат, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

**2.2.9. Подходы к оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)**

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи в определенных Программой случаях размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

base_1_217556_64, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОФАКТ | фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей; |
| ОМП | фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи); |
| Т | тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей. |

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных Территориальной программой государственных гарантий в соответствии с Программой территориальных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», определяется по формуле:

, где:

– объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

– объем комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» с учетом в том числе состояния пациента и заболевания (профиля заболевания) пациента;

– тариф на оплату комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация» для соответствующего состояния пациента и заболевания (профиля заболевания) пациента.

Медицинская помощь при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема.

Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

Комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья осуществляется вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема.

Перечень услуг и время оказания медицинской помощи центрами здоровья, предусмотрены Таблицей № 3 Методических рекомендаций.

Тарифы на оплату медицинских услуг, связанных с проведением ПЭТ/КТ, рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов в составе Правил ОМС на основе нормативов финансовых затрат, установленных Программой, с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа в размере 21,44%.

**2.2.10. Расчет итогового объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи**

Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации определяется следующим образом:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей; |
|  |  |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований в i-той медицинской организации, рублей; |
|  |  |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации  в амбулаторных условиях, вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением ), рублей. |

**2.2.11. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации**

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финан-сирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке составляет 5 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

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

, где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ОСПН | | финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
| ОСРД | | объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке (далее - объем средств с учетом показателей результативности), рублей. |
|  | дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. | |

Приложением № 8 к Соглашению о тарифах определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций субъекта Российской Федерации проводится Комиссией в соответствии с Порядком, устанавливаемым Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, не реже одного раза в квартал. Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производить по итогам года.

**2.2.12. Особенности оплаты стоматологической помощи   
в амбулаторных условиях**

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям рекомендуется учитывать условные единицы трудоемкости (далее - УЕТ), которые на протяжении многих лет используются в стоматологии для планирования учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая по Российской Федерации составляет 4,2.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в Приложении 21. При этом включение медицинских услуг в указанное приложение не исключает возможности их оказания в стационарных условиях.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

**2.2.13. Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий**

В соответствии с Программой подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикреплённого населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Также возможно установление отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения межучрежденческих расчетов, в том числе для референс-центров.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учитываются путем применения повышающего коэффициента при расчете , используемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов в случаях оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, а для медицинских организаций, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

**2.3. Методика расчета финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по подушевому нормативу на обслуживаемое население в сочетании с оплатой за вызов.**

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), применяются способы оплаты, установленные Программой.

2.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, рублей; |
|  | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек. |

Общий объем средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| НоСМП | средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов; |
| НфзСМП | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСМТР | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей; |
|  | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек. |

**2.3.2. Определение базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПнБАЗ | базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей; |
|  | единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. |

**2.3.3. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП (ДПнi) для медицинских организаций по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава;  коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации (при необходимости);  коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации (при необходимости); |
|  | коэффициент дифференциации i-той медицинской организации. |

**2.3.4. Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации**

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОСМП | размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей; |
| ЧзПР | численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек. |

1. Закупке подлежат специализированные продукты лечебного и диетического питания, смеси белковые композитные сухие, выпускаемые по ГОСТ 33933-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Смеси белковые композитные сухие. Общие технические условия», и витаминно-минеральные комплексы, выпускаемые по ГОСТ Р 57106-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Комплексы витаминно-минеральные в лечебном питании. Технические условия» и ГОСТ Р 58040-2017 «Комплексы витаминно-минеральные. Общие технические условия». [↑](#footnote-ref-1)