|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Дополнительному Соглашению  от 25.03.2022 №2  Приложение № 3  к Соглашению о тарифах на 2022 год |

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

**2.2.1. Расчет среднего подушевого норматива финансирования**

Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях (), устанавливаемый в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения (далее – Требования), 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. |

Общий 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 с профилактическими и 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 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 финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и 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 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; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях 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 подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, по подушевым нормативам финансирования на прикрепившихся лиц по профилям "Акушерство и гинекология" и "Стоматология", стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере не менее 5 и не более 10 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц) (далее - базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи) определяется по следующей формуле:

base_1_408645_32784,

|  |  |
| --- | --- |
| где: |  |
| ПНБАЗ | базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей; |
| ОСПНФ-проф | объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), рублей; |
| Рез | доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности; |
| КД | единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с [Постановлением](consultantplus://offline/ref=95DB962C93E81C8F6407C6905B94B660F8D4AF0AF5E691A5804484B07CF9B7134E4660DE43436FB0A429DD341AAF0F6DE2386BBA25678FCFt8HBA) № 462. |

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации (ОСПНФ-проф), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

ОСАМБ - ОСФАП - ОСИССЛЕД - ОСУД - ОСНЕОТЛ - ОСЕО - ОСПО - ОСДИСП, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 (за исключением углубленной диспансеризации), рублей |
| ОСФАП | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей; |
| ОСИССЛЕД | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату углубленной диспансеризации 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, 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.

Объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, рассчитывается по следующей формуле:

ОСИССЛЕД = , где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), установленный территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), установленный территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек. |

Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме, рассчитывается по следующей формуле:

ОСНЕОТЛ = НоНЕОТЛ × НфзНЕОТЛ × ЧЗ.

Средства на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплата которой согласно [разделу IV](consultantplus://offline/ref=95DB962C93E81C8F6407C6905B94B660F8D4AB0DF6E691A5804484B07CF9B7134E4660DE43436EB3AE29DD341AAF0F6DE2386BBA25678FCFt8HBA) Программы осуществляется за единицу объема, в том числе за медицинскую услугу, посещение (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации), а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов исключаются при расчете объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

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

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи.

С учетом объективных критериев, основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, коэффициенты специфики могут определяться дифференцированно в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню. При этом в соответствии с Требованиями возможно применение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывающих:

1) уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения (далее – );

2) 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 (далее – );

3) проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц (далее – ).

Половозрастные коэффициенты дифференциации в обязательном порядке учитываются при расчете . При расчете Комиссия вправе учитывать иные параметры, предусмотренные Требованиями, в том числе плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения.

**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:

|  |  |
| --- | --- |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций; |
|  | 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 специфики 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 специфики 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 коэффициента уровня медицинской организации**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются также с учетом коэффициентов уровня медицинской организации, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – ), установленных в тарифном соглашении для групп медицинских организаций.

Значения коэффициентов уровня медицинской организации, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, могут определяться в том числе с учетом:

- достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации;

- расходов на содержание медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций).

**2.2.7. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования, не включающих средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, 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 специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения для i-той медицинской организации; |
|  | 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 уровня i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации. |

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

**2.2.8. Расчет коэффициента специфики, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) застрахованных лиц**

При определении дифференцированных подушевых нормативов финансирования учитывается объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), распределенный для медицинской организации, путем расчета следующего коэффициента:

– коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i-той медицинской организации;

– общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением углубленной диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i-той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

– объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, за исключением , рублей.

Учитывая, что в соответствии с Программой оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи, объем средств на оплату углубленной диспансеризации не учитывается при расчете .

для i-й медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

*.*

Упрощенная формула расчета выглядит следующим образом:

**2.2.9. Расчет фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования**

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования применяются фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, которые рассчитываются по формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи  для i-той медицинской организации, рублей. |

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

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 543н) составляет в среднем на 2022 год:

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей, - 1087,7 тыс. рублей;

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 900 до 1500 жителей, - 1723,1 тыс. рублей;

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей, - 1934,9 тыс. рублей.

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, фельдшерско-акушерских пунктов при необходимости субъектом Российской Федерации самостоятельно устанавливаются базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, 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.

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
|  | число фельдшерских, 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, 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 (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1). |

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов   
в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, 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, фельдшерско-акушерского пункта; |
|  | размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, 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, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «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», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 2 к Программе.

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

В соответствии с Программой оплата углубленной диспансеризации осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи – комплексное посещение.

**2.2.12. 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, посещений (обращений); |
| 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.

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является комплексное посещение.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях может осуществляться дифференцированно в том числе в зависимости от:

- состояния пациента по ШРМ (1-3 балла);

- заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация (например, медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, кардиореабилитация, медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19);

- медицинского персонала, проводящего медицинскую реабилитацию (мультидисциплинарная реабилитационная команда).

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.

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.

**2.2.13. 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; |
|  | размер 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 (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | размер средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам, в том числе углубленной диспансеризации (за исключением ), рублей. |

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

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID - 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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, доля средств, 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 организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, 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. |
| base_1_408645_32833 | фактический 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 один раз в квартал.

**2.2.15. 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 28 .

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.

Субъект Российской Федерации вправе расширять перечень медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, установленный Приложением 28, медицинскими услугами, включенными в Номенклатуру. При этом включение медицинских услуг в указанное приложение не исключает возможности их оказания в стационарных условиях.»