Приложение № 4

к Проекту Тарифного соглашения

в системе ОМС Тамбовской области

# на 2023 год

**Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение.

Оплата медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско – акушерскими пунктами, с учетом критериев соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения РФ.

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

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

Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, (ФОСРАМБ) на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных в территориальной программе ОМС, определяется в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОСРАМБ = | ОСАМБ |
| Чз |

где:

ОСАМБ**-** объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, рублей;

Чз **-** численность застрахованного населения Тамбовской области, всего, человек.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях (ОСАМБ) определяется по следующей формуле:

ОСАМБ =(НоПМО х НфзПНО + НоДИСП х НфзДИСП + НоИЦ х НфзИЦ + НоОЗ х НфзОЗ+ НоНЕОТЛ х НфзНЕОТЛ + НоМР х НфзМР + НоДН х НфзДН) х Чз - ОСМТР

где:

НоПМО - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

НоДИСП - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

НоИЦ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

НоОЗ- средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой ОМС, посещений;

НоНЕОТЛ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой ОМС, посещений;

НоМР - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный территориальной программой ОМС, комплексных посещений;

НоДН - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

НфзПНО - 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;

НфзДИСП - 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;

НфзИЦ - 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;

НфзОЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой ОМС, рублей;

НфзНЕОТЛ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой ОМС, рублей;

НфзМР- 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 ОМС, рублей;

НфзДН - 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;

ОСМТР - размер 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.

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

Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, определяется по следующей формуле:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПНБАЗ = | ОСПНФ | х (1- Рез) |
| Чз х КД |

где:

ПНБА3 - базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

ОСПНФ - объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

Рез - доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (на 2023 год - в размере 1 процента).

КД - единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (КД=1).

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС (ОСПНФ), рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и определяется по следующей формуле:

ОСПНФ= ОСАМБ - ОСФАП - ОСИССЛЕД - ОСНЕОТЛ- ОСЕО -ОСПО - ОСДИСП

где:

ОСФАП - объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой ОМС 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой ОМС, рублей;

ОСНЕОТЛ -объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой ОМС, рублей;

ОСЕО -объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Тамбовской области лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация», а также диспансерного наблюдения), рублей;

ОСПО- объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой ОМС, рублей;

ОСДИСП – объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, (в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации), рублей.

При этом объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными территориальной программой ОМС 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.

**1.2.1. Определение объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.**

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (ОСФАП) определяется по формуле

ОСФАП = ∑ ОСiФАП

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

ОСiФАП = ∑(ЧnФАП х БНФnФАП х КСnБНФ)

где:

ОСiФАП - объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации;

ЧnФАП - 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);

БНФnФАП – базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций- фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;

КСnБНФ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа (БНФnФАП) определяется на год исходя из численности обслуживаемого застрахованного населения (далее – жителей):

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 100 до 900 жителей, – 1 174,2 тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 900 до 1500 жителей, – 1 860,3 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 1500 до 2000 жителей, – 2 088,9 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 и более 2000 жителей, определяется с учетом поправочных коэффициентов (понижающих и повышающих) к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей и от 1500 до 2000 жителей соответственно.

Для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, размер финансового обеспечения которых определен выше, значение поправочного коэффициента (КСnБНФ) устанавливается равное 1 (с учетом соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации).

Размеры понижающего поправочного коэффициента специфики финансового обеспечения (КСnБНФ) для фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта обслуживающего до 100 жителей устанавливаются в зависимости от численности населения, обслуживаемого фельдшерским, фельдшерско-акушерским пунктом:

до 50 жителей – КСnБНФ = 0,90;

от 50 до 99 жителей – КСnБНФ = 0,95.

Размеры повышающего поправочного коэффициента специфики финансового обеспечения (КСnБНФ) для фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта обслуживающего более 2000 жителей устанавливаются в зависимости от численности населения, обслуживаемого фельдшерским, фельдшерско-акушерским пунктом:

от 2000 до 3000 жителей – КСnБНФ =1,10;

от 3000 до 4000 жителей – КСnБНФ =1,15;

от 4000 жителей и более – КСnБНФ = 1,20.

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения РФ, 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:

ОСjФАП = ОСjФАП НГ +(БНФnjФАП х КСnjБНФ) /12 х nмес,

где:

ОСjФАП – фактический размер финансового обеспечения j- того фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта в i-той медицинской организации;

ОСjФАП НГ –размер средств, направленный на финансовое обеспечение j- того фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта в i-той медицинской организации с начала года;

nмес– количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

**1.2.2. Определение объема средств на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований**

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

ОСИССЛЕД = ∑(Ноj × Нфзj)×ЧЗ

где:

Ноj - 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), установленный территориальной программой ОМС, исследований;

Нфзj – 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), установленный территориальной программой ОМС, рублей;

Чз – численность застрахованного населения Тамбовской области, всего, человек.

**1.2.3. Определение объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме**

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

ОСНЕОТЛ = НоНЕОТЛ × НфзНЕОТЛ × ЧЗ

**1.2.4. Определение объема средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров**

Объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, рассчитывается по следующей формуле:

ОСПО = НоПО × НфзПО × ЧЗ

**1.2.5. Определение объема средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации**

Объем средств на оплату проведения углубленной диспансеризации предусмотрен в общем объеме средств на проведение диспансеризации.

Объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации (в том числе 2 этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации), рассчитывается по следующей формуле:

ОСДИСП = НоДИСП × НфзДИСП × ЧЗ  + ОСДИСП2 этап

ОСДИСП/2 этап - объем средств, направляемых на оплату 2 этапа диспансеризации определяется из количества планируемых случаев 2 этапа диспансеризации и среднего тарифа на случай ее проведения.

**2. Расчет дифференцированных подушевых нормативов и поправочного коэффициента**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

ДПiН= ПНБАЗ х КДiПВ х КДiУР х КДiЗП х КДiОТ х КДi

где:

ДПiН - дифференцированный подушевой норматив для i-ой медицинской организации, рублей;

КДiПВ - коэффициент половозрастного состава для i-той медицинской организации;

КДiУР - коэффициент уровня расходов медицинских организаций для i-той медицинской организации (при необходимости);

КДiЗП - 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);

КДiОТ - коэффициент дифференциации, учитывающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, иные климатические и географические особенности территории обслуживания населения, включая 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;

КДi-коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации(КДi= 1,0 для всех медицинских организаций).

**2.1 Расчет коэффициентов специфики оказания медицинской помощи**

**2.1.1. Расчет половозрастных коэффициентов 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.

Для расчета половозрастных коэффициентов численность застрахованных лиц на территории Тамбовской области 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 расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории Тамбовской области, 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 Тамбовской области.

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) на территории Тамбовской области (без учета возраста и пола) по формуле:

Р =З ÷ М ÷ Ч,

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 области.

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

Рj =Зj ÷ М ÷ Чj,

где:

Зj - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

Чj - численность застрахованных лиц в области, попадающих в j-тый половозрастной интервал.

Рассчитываются коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

КДj =Рj ÷ Р,

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).

Значения половозрастных коэффициентов дифференциации для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

КДiП/В =∑j (КДjПВ х ЧjЗ) / ЧiЗ ,

где:

КДiПВ - половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организации;

КДjПВ - половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы;

ЧjЗ- численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе, человек;

ЧiЗ- численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

2.1.2. Расчет значений коэффициента дифференциации **КДОТ**

Коэффициент дифференциации КД**ОТ** 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, в размере 1,113,
* для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – в размере 1,04.

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:

КДiОТ= (1 - ∑ ДОТj) + ∑ (КДОТj х ДОТj)

где:

КДiОТ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, иные климатические и географические особенности территории обслуживания населения, включая 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;

ДОТj - 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);

КДОТj - 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.

**2.1.3. Расчет коэффициента уровня расходов медицинских организаций и коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы**

При расчете КДУР 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.

При расчете дифференцированного подушевого норматива КДур медицинские организации объединяются в группы, а при расчете дифференцированного подушевого норматива используются значения КДур для соответствующей группы медицинских организаций. Значения КДур для групп медицинских организаций рекомендуется рассчитывать с учетом численности прикрепленного населения медицинской организацией.

При расчете КДiЗП могут учитываться целевые показатели уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения для i-той медицинской организации (при необходимости).

**2.2. Расчет поправочного коэффициента (ПК)**

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), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| ПК = | ОСПНФ х(1-Рез) |
| ∑i (ДПНi х Чзi) |

**4. Расчет фактических дифференцированных подушевых нормативов**

Фактический дифференцированный подушевой норматив фиансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население (ФДПiН), рассчитывается по формуле:

ФДПiН = ДПiН х ПК

ФДПiН – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-ой медицинской организации, рублей.

# 5. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

**5.1.** Тарифы за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, определяются для медицинских организаций в следующем порядке:

а) тарифы на обращения по поводу заболеваний по врачебным специальностям (Тобрспецk) (за исключением стоматологической медицинской помощи),определяются исходя из размера базового тарифа на обращение (ТБАЗ/обр), поправочных коэффициентов стоимости обращения по k-ой специальности (Кобрспецk) и коэффициента уровня оказания медицинской помощи (КУР):

Тобрспецk= ТБАЗ/обр х Кобрспецk х КУР

Базовый тариф на обращение (ТБАЗ/обр) определяется по формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| ТБАЗ/обр = | НоОЗ х НфзОЗ - ОСОЗМТР - ОСОБСтом - ОСИССЛЕД-ОСисследтер |
| ∑ (К-вообрспецkх Кобрспецk) х КУР) |

где:

ОСОЗМТР - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи – обращение, застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

ОСОБСтом - размер средств, направляемых на оплату стоматологической медицинской помощи в части обращений (определяется исходя из стоимости УЕТ и кратности УЕТ в обращении), рублей;

ОСИССЛЕД - объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по исследованиям, установленным территориальной программой ОМС в соответствии с базовой программой ОМС (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19));

ОСисследт - объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по исследованиям, установленный территориальной программой ОМС, за исключением видов исследований, установленных базовой программой ОМС;

К-вообрспецk - количество обращений по данной врачебной специальности для конкретной медицинской организации.

б) тарифы на посещения с профилактическими и иными целями по врачебным специальностям, в том числе разового посещения по поводу заболевания (Тпосспецk) (за исключением стоматологической медицинской помощи), определяются исходя из размера базового тарифа на обращение (ТБАЗ/пос), поправочных коэффициентов стоимости посещений (КСТ/посспецk) и коэффициента уровня оказания медицинской помощи (КУР):

Тпосспецk = ТБАЗ/пос х КСТ/посспецk х КУР

Базовый тариф на посещение (ТБАЗ/пос) определяется по формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| ТБАЗ/пос = | НоПРОФ х НфзПРОФ - ОСПОСМТР  - ОСПОССтом - ОСПО -ОСДИСП |
| ∑ (К-воспосспецk х КСТ/посспецk х КУРj) |

ОСПОСМТР - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи – посещение, застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

ОСПОССтом - размер средств, направляемых на оплату стоматологической медицинской помощи в части посещений (определяется исходя из стоимости УЕТ и кратности УЕТ в посещении), рублей;

КСТ/посспецk - количество посещений по данной врачебной специальности для конкретной медицинской организации.

в) тарифы на посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в том числе посещения среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием (Тнеотлспецk) определяются исходя из размера базового тарифа на посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме (ТБАЗ/неотл), поправочных коэффициентов стоимости посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме (КСТ/неотлспецi):

Тнеотлспецk = ТБАЗ/неотл х КСТ/посспецk

Базовый тариф на посещение в неотложной форме (ТБАЗ/неотл) определяется по формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| ТБАЗ/неотл = | НоНЕОТЛ х НфзоНЕОТЛ –ОСнеотлМТР |
| ∑ (К-вонеотлспецk х КСТ/неотлспецki) |

где:

ОСнеотлМТР - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи – посещение, застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

КСТ/неотлспецk - количество посещений по данной врачебной специальности для конкретной медицинской организации.

**5.2.**  Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи исходя из установленных тарифов с учетом уровня медицинской организации. Размер финансового обеспечения складывается исходя из фактически выполненных объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

ФОФАКТ = ∑(ОjМП х Тj)

где:

ФОФАКТ - фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

ОjМП - фактически выполненные объемы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

Тj – тариф за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

**6. Определение итогового объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи**

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

ФОiФАКТ = ОСiДС+ФДПiНхЧiЗ+ОСiФАП+ОСiПО+ОСiДИСП+ОСiИССЛЕД+ОСiНЕОТЛ+ОСЕО+

+ ОСисследтер

ФОiФАКТ - фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;

ОСiДС- размер средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей;

ФДПiН - фактический дифференцированный подушевой норматив фиансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, имеющей прикрепленное население;

ЧiЗ- численность застрахованного населения в i-той медицинской организации, человек;

ОСiФАП – фактическийразмер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации;

ОСiПО - размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в i-той медицинской организации, рублей;

ОСiДИСП– размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, (в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации) в i-той медицинской организации, рублей;

ОСiИССЛЕ**Д** - размер 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) в i-той медицинской организации, рублей;

ОСiНЕОТЛ - размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i-той медицинской организации, рублей;

ОСЕО - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Тамбовской области лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей;

ОСисследтер - размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, оплата которых осуществляется за медицинскую услугу (за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей.