

**Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи,
оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу
финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за
единицу объема медицинской помощи**

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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате 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;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско – акушерскими пунктами.

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

1.1. Расчет среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях.

Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС) (ΦO_{CP}^{AMB}) 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:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{(N o_{ПРОФ} \times Нфз_{ПРОФ} + N o_{ОЗ} \times Нфз_{ОЗ} + N o_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ}) \times Чз - O C_{МТР}}{Чз}$$

где:

ΦO_{CP}^{AMB} - средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N o_{ПРОФ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы ОМС, посещений;

$N o_{ОЗ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, обращений;

$N o_{НЕОТЛ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, посещений;

$Нфз_{ПРОФ}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы ОМС, рублей;

$Нфз_{ОЗ}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{неотл} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС_{мтр} - 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 ОМС, рублей;

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

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (**Нфз_{проф}**) установлен в разрезе трех направлений, его расчет осуществляется по формуле:

$$\text{Нфз}_{\text{проф}} = \frac{\text{Но}_{\text{по}} \times \text{Нфз}_{\text{по}} + \text{Но}_{\text{дисп}} \times \text{Нфз}_{\text{дисп}} + \text{Но}_{\text{пиц}} \times \text{Нфз}_{\text{пиц}}}{\text{Но}_{\text{проф}}}$$

где:

Но_{по} - средний норматив объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

Но_{дисп} - средний норматив объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

Но_{пиц} - средний норматив объема на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, посещений;

Нфз_{по} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{дисп} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, установленный территориальной программой

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфзпиц -средний норматив финансовых затрат на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей.

1.2. Определение подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$ПН_A = \frac{ФО_{СР}^{АМБ} \times ЧЗ - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{НЕОТЛ}}{ЧЗ}$$

где:

ПН_А - подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, рублей;

ОС_{ФАП} - размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

ОС_{ИССЛЕД} - 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики —онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС_{по} - размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС_{дисп} - размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС_{неотл} - размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей.

При этом 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.

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

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (**ОС_{ФАП}**) определяется

$$\text{ОС}_{\text{ФАП}} = \sum \text{ОС}_{\text{ФАП}}^i$$

Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в *i*-той медицинской организации (**ОС_{ФАП}ⁱ**) рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{ФАП}}^i = \sum (\text{Ч}_{\text{ФАП}}^n \times \text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n \times \text{КС}_{\text{ФРО}}^n)$$

где:

$ОС_{ФАП}^i$ - размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;

$Ч_{ФАП}^n$ - 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);

$БНФ_{ФАП}^n$ – базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций-фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа;

$КС_{ФРО}^n$ - 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 ($БНФ_{ФАП}^n$) определяется на год исходя из численности обслуживаемого застрахованного населения (далее – жителей):

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – **1 010,7** тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – **1 601,2** тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – **1798,0** 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 ($КС_{ФРО}^n$) 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 ($КС_{ФРО}^n$) для фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта обслуживающего до 100 жителей устанавливаются в зависимости от численности населения, обслуживаемого фельдшерским, фельдшерско-акушерским пунктом:

до 50 жителей – $КС_{ФРО}^n = 0,90$;

от 50 до 99 жителей – $КС_{ФРО}^n = 0,95$.

Размеры повышающего поправочного коэффициента специфики финансового обеспечения ($КС^n_{\text{ФРО}}$) 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 – $КС^n_{\text{ФРО}} = 1,10$;
от 3000 до 4000 жителей – $КС^n_{\text{ФРО}} = 1,15$;
от 4000 жителей и более – $КС^n_{\text{ФРО}} = 1,20$.

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:

$$ОС^j_{\text{ФАП}} = ОС^j_{\text{ФАП НГ}} + (БНФ^{nj}_{\text{ФАП}} \times КС^{nj}_{\text{ФРО}}) / 12 \times n_{\text{мес}},$$

где:

$ОС^i_{\text{ФАП}}$ – фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта в i -той медицинской организации;

$ОС^i_{\text{ФАП НГ}}$ – размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта в i -той медицинской организации с начала года;

$n_{\text{мес}}$ – 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:

$$ОС_{\text{ИССЛЕД}} = \sum (Н_{\text{о}j} \times Н_{\text{ф}zj}) \times Ч_z$$

где:

Но_j - 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 с целью диагностики —онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей

Ч_з - численность застрахованного населения Тамбовской области, всего, человек.

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

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

$$ОС_{по} = Но_{по} \times Нфз_{по} \times Ч_з$$

1.2.4. Определение объема средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации

Объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{дисп} = Но_{дисп} \times Нфз_{дисп} \times Ч_з$$

1.2.5. 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:

$$ОС_{неотл} = Но_{неотл} \times Нфз_{неотл} \times Ч_з$$

2. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами

($\Pi_{\text{А}}$), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

$$\Pi_{\text{БАЗ}} = \Pi_{\text{А}} - \frac{\text{ОС}_{\text{ЕО}} + \text{ОС}_{\text{исслед}}^{\text{тер}}}{\text{ЧЗ}}$$

где:

$\Pi_{\text{БАЗ}}$ - базовый подушевой норматив финансирования, рублей;

$\text{ОС}_{\text{ЕО}}$ - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей.

$\text{ОС}_{\text{исслед}}^{\text{тер}}$ - 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.

3. Определение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях рассчитывается по формуле:

$\text{Пр}_{\text{АМБ}} =$	$\Pi_{\text{БАЗ}}$
	$\Phi\text{О}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}}$

где:

$\text{Пр}_{\text{АМБ}}$ - коэффициент приведения в амбулаторных условиях;

$\Pi_{\text{БАЗ}}$ - базовый подушевой норматив финансирования, рублей;

$\Phi\text{О}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}}$ - средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, в амбулаторных, рублей.

4. Расчет дифференцированных подушевых нормативов и поправочного коэффициента

На основе среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях ($\Phi\text{О}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}}$), с учетом коэффициента приведения ($\text{Пр}_{\text{АМБ}}$) рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП^i_H = \Phi O_{CP}^{AMB} \times Пр_{AMB} \times КС^i_{MO} \times КУ^i_{ПВ} \times КД^i_{OT} \times КД^i_{СУБ}$$

где:

$ДП^i_H$ - дифференцированный подушевой норматив для i -ой медицинской организации, рублей;

$КС^i_{MO}$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи i -ой медицинской организации;

$КУ^i_{MO}$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -той медицинской организации;

$КД^i_{OT}$ - 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, определенный для i -той медицинской организаций;

$КД^i_{СУБ} = 1,0$ для Тамбовской области (районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена i -тая медицинская организация).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (**ПК**) по формуле:

$$ПК = \frac{\Phi O_{CP}^{AMB} \times Пр_{AMB} \times Чз}{\sum_i (\Phi O_{CP}^{AMB} \times Пр_{AMB} \times КС^i_{MO} \times КУ^i_{MO} \times КД^i_{OT} \times КД^i)} \quad \text{---}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население ($\Phi ДП^i_H$), рассчитывается по формуле:

$$\Phi ДП^i_H = ДП^i_H \times ПК$$

4.1. Применение коэффициента специфики оказания медицинской помощи

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

Коэффициенты специфики определяются для медицинской организации исходя из половозрастных коэффициентов дифференциации, учитывающий половозрастной состав населения, а также коэффициентов, учитывающих плотность населения, транспортную доступность, уровень и структура заболеваемости обслуживаемого населения, достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения. Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Половозрастные коэффициенты дифференциации учитывают различия в потреблении медицинской помощи. 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 дифференциации подушевого норматива 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 (**Р**) на территории Тамбовской области (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z \div M \div Ч,$$

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 (**Р_j**), по формуле:

$$P_j = Z_j \div M \div \text{Ч}_j,$$

где:

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

М - количество месяцев в расчетном периоде;

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

Рассчитываются коэффициенты дифференциации **КД_j** для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_j = P_j \div P,$$

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:

$$КД_{пв}^i = \sum_j (КД_{пв}^j \times \text{Ч}_3^j) / \text{Ч}_3^i,$$

где:

КД_{пв}ⁱ - половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для *i*-той медицинской организаций;

КД_{пв}^j - половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для *j*-той половозрастной группы (подгруппы);

Ч₃^j - численность застрахованных лиц, прикрепленных к *i*-той медицинской организации, в *j*-той половозрастной группе (подгруппе), человек;

Ч_3^i - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации, человек.

4.2. 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 дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц ($\text{КД}_{\text{от}}$) 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 $\text{КД}_{\text{от}}$, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$\text{КД}_{\text{от}}^i = (1 - \sum \text{Д}_{\text{от}j}) + \sum (\text{КД}_{\text{от}j} \times \text{Д}_{\text{от}j})$$

где:

$\text{КД}_{\text{от}}^i$ - 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 организации (при наличии);

$\text{Д}_{\text{от}j}$ - 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);

$K_{Дотj}$ - 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.

4.3. Расчет коэффициентов уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)

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

$$K_{У}^i_{ПВ} = \frac{ОС^i_{ПРОФ} + ОС^i_{ПНФ-ПРОФ}}{ОС^i_{ПНФ-ПРОФ}}$$

$K_{У}^i_{ПВ}$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i-той медицинской организации;

$ОС^i_{ПРОФ}$ – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий в рамках 2 этапа диспансеризации), для i-той медицинской организации, рублей;

$ОС^i_{ПНФ-ПРОФ}$ – общий объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях (включая средства на финансовое обеспечение мероприятий в рамках 2 этапа диспансеризации), за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и мероприятий по диспансеризации $ОС^i_{ПРОФ}$, рублей.

$ОС^i_{ПНФ-ПРОФ}$ для i- той организации рассчитывается по формуле:

$$ОС^i_{ПНФ-ПРОФ} = \Phi O_{CP}^{АМБ} \times Пр_{АМБ} \times КС^i_{МО} \times ПК_{ПНФ-ПРОФ} \times КД^i_{ОТ} \times Ч_3 \times КД^i_1$$

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и мероприятий по диспансеризации (без учета применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи $K_{У}^i_{ПВ}$), к общему объему средств на финансирование

медицинских организаций без учета средств на оплату профилактических медицинских осмотров и мероприятий по диспансеризации рассчитывается дополнительный поправочный коэффициент без учета средств на оплату профилактических медицинских осмотров и мероприятий по диспансеризации) по формуле:

$$ПК_{\text{ПНФ-ПРОФ}} = \frac{\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}} \times \text{Пр}_{\text{АМБ}} \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{ПО}} - \text{ОС}_{\text{ДИСП}}}{\sum_i (\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}} \times \text{Пр}_{\text{АМБ}} \times \text{КС}_{\text{МО}}^i \times \text{КД}_{\text{ОТ}}^i \times \text{КД}^i)}$$

Далее коэффициент уровня оказания медицинской помощи ($\text{КУ}_{\text{ПВ}}^i$), учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -той медицинской организации, применяется при расчете дифференцированного подушевого норматива ($\text{ДП}_{\text{Н}}^i$) для i -ой медицинской организации.

5. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи

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 ($\text{T}_{\text{обр}}^{\text{спецк}}$) (за исключением стоматологической медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население), определяются исходя из размера базового тарифа на обращение ($\text{T}_{\text{БАЗ/обр}}$), поправочных коэффициентов стоимости обращения по k -ой специальности ($\text{K}_{\text{обр}}^{\text{спецк}}$) и коэффициента уровня оказания медицинской помощи ($\text{K}_{\text{УР}}$):

$$\text{T}_{\text{обр}}^{\text{спецк}} = \text{T}_{\text{БАЗ/обр}} \times \text{K}_{\text{обр}}^{\text{спецк}} \times \text{K}_{\text{УР}}$$

Базовый тариф на обращение ($\text{T}_{\text{БАЗ}}^{\text{ОБ}}$) определяется по формуле:

$$\text{T}_{\text{БАЗ/обр}} = \frac{\text{НО}_{\text{ОЗ}} \times \text{Нф}_{\text{ЗОЗ}} - \text{ОС}_{\text{МТР}}^{\text{ОЗ}} - \text{ОС}_{\text{СТОМ}} - \text{ОС}_{\text{ФАП}} - \text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}} - \text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}}^{\text{тер}}}{\sum (\text{K-во}_{\text{обр}}^{\text{спецк}} \times \text{K}_{\text{обр}}^{\text{спецк}}) \times \text{K}_{\text{УР}}}$$

где:

$\text{ОС}_{\text{МТР}}^{\text{ОЗ}}$ - 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;

$ОС^{СММ}$ - размер средств, направляемых на оплату стоматологической медицинской помощи в части обращений;

$К-во_{обр}^{спецк}$ - 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 ($T_{пос}^{спецк}$) (за исключением стоматологической медицинской помощи), определяются исходя из размера базового тарифа на обращение ($T_{БАЗ/пос}$), поправочных коэффициентов стоимости посещений ($К_{СТ/пос}^{спецк}$) и коэффициента уровня оказания медицинской помощи ($К_{ур}$):

$$T_{пос}^{спецк} = T_{БАЗ/пос} \times K_{СТ/пос}^{спецк} \times K_{ур}$$

Базовый тариф на обращение ($T_{БАЗ/пос}$) определяется по формуле:

$$T_{БАЗ/пос} = \frac{НО_{ПРОФ} \times НФЗ_{ПРОФ} - ОС_{МТР}^{ПОС} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП}}{\sum (K-во_{спос}^{спецк} \times K_{СТ/пос}^{спецк} \times K_{ур}^j)}$$

$ОС_{МТР}^{ПОС}$ - 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;

$К_{СТ/пос}^{спецк}$ - 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 ($T_{неотл}^{спецк}$) определяются исходя из размера базового тарифа на посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме ($T_{БАЗ/неотл}$), поправочных коэффициентов стоимости посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме ($К_{СТ/неотл}^{спецк}$):

$$T_{неотл}^{спецк} = T_{БАЗ/неотл} \times K_{СТ/пос}^{спецк}$$

Базовый тариф на посещение в неотложной форме ($T_{БАЗ/неотл}$) определяется по формуле:

$$T_{БАЗ/неотл} = \frac{НО_{НЕОТЛ} \times НФЗ_{НЕОТЛ} - ОС_{МТР}^{НЕОТЛ}}{\sum (K-во_{неотл}^{спецк} \times K_{СТ/неотл}^{спецк})}$$

где:

$ОС^{неотл}_{МТР}$ - 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;

$К_{СТ/пос}^{спецк}$ - 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:

$$ФО_{ФАКТ} = \sum (О_{МП} \times T_j)$$

где:

$ФО_{ФАКТ}$ фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$О_{МП}$ - фактически выполненные объемы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

T_j – 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:

$$ФО^i_{ФАКТ} = ОС^i_{ДС} + ФДП^i_{НХЧЗ} + ОС^i_{ФАП} + ОС^i_{ИССЛЕД} + ОС^i_{НЕОТЛ} + ОС_{ЕО} + ОС^{тер}_{ИССЛЕД}$$

$ФО^i_{ФАКТ}$ - фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей

$ОС^i_{ДС}$ - размер средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей;

$\Phi ДП^i_n$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, имеющей прикрепленное население;

$Ч^i_3$ - численность застрахованного населения в i -той медицинской организации, человек.

$ОС^i_{ФАП}$ – фактический размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;

$ОС^i_{ИССЛЕД}$ - 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) в i -той медицинской организации, рублей

$ОС^i_{НЕОТЛ}$ - размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i -той медицинской организации, рублей;

$ОС_{ЕО}$ - 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

$ОС^{тер}_{ИССЛЕД}$ - 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.