Приложение №3

к Генеральному тарифному соглашению

в системе ОМС Тамбовской области

# на 2020год от 31.12.2019г.

**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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной 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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

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

1.1.Расчет среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи (**ФОСРАМБ**), оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС), в расчете на одно застрахованное лицо на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных в Территориальной программе ОМС, определяется по следующей формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| **ФОСРАМБ=** | **(НоПРОФ х НфзПРОФ + НоОЗ х НфзОЗ + НоНЕОТЛ х НфзНЕОТЛ ) х Чз-ОСМТР** |
| **Чз** |

где:

**ФОСРАМБ**- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

**НоПРОФ**- средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы ОМС, посещений;

**НоОЗ** - 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 обязательного медицинского страхования, обращений;

**НоНЕОТЛ** - 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 обязательного медицинского страхования, посещений;

**НфзПРОФ** - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

**НфзОЗ** - 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 обязательного медицинского страхования, рублей;

**НфзНЕОТЛ** - 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 обязательного медицинского страхования, 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;

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

# 

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

|  |  |
| --- | --- |
| **НфзПРОФ =** | **НоПО х НфзПО + НоДИСП х НфзДИСП + НоПИЦ х НфзПИЦ** |
| **НоПРОФ** |

где:

**НоПО** - средний норматив объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;

**НоДИСП** - средний норматив объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;

**НоПИЦ** - средний норматив объема на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

**НфзПО** - 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 обязательного медицинского страхования, рублей;

**НфзДИСП** - 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 обязательного медицинского страхования, 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 обязательного медицинского страхования, 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:

|  |  |
| --- | --- |
| **ПНА =** | **ФОСРАМБ х Чз - ОСФАП - ОСИССЛЕД - ОСПО - ОСДИСП - ОСНЕОТЛ** |
| **Чз** |

где:

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

**ОСФАП**  - 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;

**ОСИССЛЕД** - размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

**ОСПО** - 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 обязательного медицинского страхования, рублей;

**ОСДИСП** - 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 обязательного медицинского страхования, рублей;

**ОСНЕОТЛ** -  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 обязательного медицинского страхования, 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 (**ОСФАП**) определяется

**ОСФАП = ∑ ОСiФАП**

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

**ОС**i**ФАП = Ч**n**ФАП** х **ФРО**n**ФАП** х **ПКО**n**ФРО**

где:



**ОС**i**ФАП -** размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации;

**Ч**n**ФАП** - 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);

**ФРО**n**ФАП** - размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;

**ПКО**n**ФРО** - поправочный коэффициент финансового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа(**ФРО**n**ФАП**) определяется на год исходя из численности обслуживаемого застрахованного населения (далее – жителей):

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 100 до 900 жителей, – **957,2** тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 900 до 1500 жителей, – **1 516,4** тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 1500 до 2000 жителей, – **1 702,8** 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 (**ПКО**n**ФРО**) устанавливается равное 1.

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

до 50 жителей – **ПКО**n**ФРО** = **0,90**;

от 50 до 99 жителей – **ПКО**n**ФРО** = **0,95.**

Размеры повышающего поправочного коэффициента финансового обеспечения (**ПКО**n**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 – **ПКО**n**ФРО** =**1,10;**

от 3000 до 4000 жителей – **ПКО**n**ФРО** =**1,15**;

от 4000 жителей и более – **ПКО**n**ФРО** = **1,20**.

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 = (НоКТ × НфзКТ + НоМРТ × НфзМРТ + НоУЗИ × НфзУЗИ +**

**НоЭНД × НфзЭНД + НоМГИ × НфзМГИ + НоГИСТ × НфзГИСТ)×ЧЗ**

где:

**НоКТ** - средний норматив объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

**НоМРТ** - средний норматив объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

**НоУЗИ -** средний норматив объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

**НоЭНД** - средний норматив объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

**НоМГИ -** средний норматив объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

**НоГИСТ** -средний норматив объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

**НфзКТ** - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

**НфзМРТ** - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

**НфзУЗИ** - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

**НфзЭНД** - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

**НфзМГИ** - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

**НфзГИСТ** - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

**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:

**ОСПО = НоПО × НфзПО × ЧЗ**

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

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

**ОСДИСП = НоДИСП × НфзДИСП × ЧЗ**

**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:

**ОСНЕОТЛ = НоНЕОТЛ × НфзНЕОТЛ × ЧЗ**

**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 (**ПНА**), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| **ПНБАЗ  = ПНА  -** | **ОСЕО + ОСисследтер** |
| **Чз** |

где:

**ПНБА3**- базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

**ОСЕО** - 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.

**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.

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

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях **(ПНБАЗ**), рассчитывается дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

**ДПiН= ПНБАЗ** х **КУiМО** х **КДiПВ** х **КДiОТ** х **КДiСУБ**

где:

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

**КУiМО -** коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится i-тая медицинская организация;

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

**КДiОТ -** 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;

**КДiСУБ = 1,**(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 =** | **∑i (ДПiН** х **Чiз )** |
| **ПНБАЗ** х **Чз** |

Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| **ФДПiН =** | **ДПiН** |
| **ПК** |

где:

**ФДПiН** - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования i-той медицинской организации, рублей.

**2.1.1 Применение коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи**

С учетом объективных критериев (плотность населения, транспортная доступность, уровень расходов на содержание медицинских организаций) в уровнях медицинских организаций выделяются подуровни оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования i-той медицинской организации учитываются коэффициенты подуровня (**КУiМ**), установленные в Тарифном соглашении для групп медицинских организаций.

**2.1.2.. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

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 (**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 (**P**j), по формуле:

**Р**j **=З**j **÷ М ÷ 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 **КДj** для каждой половозрастной группы по формуле:

**КД**j **=Р**j **÷ 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:

**КДiПВ =∑j (КДjПВ х ЧjЗ) / ЧiЗ** ,

где:

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

**КДjПВ** - половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);

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

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

**2.2.3. 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**

Указанный коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (**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, 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 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);

**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.

# 

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

**3.1.** 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 (**ТОББАЗ)** определяется по формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| **ТБАЗ/обр**= | **НоОЗ** х **НфзОЗ** - **ОСОЗМТР**- **ОССТОМ**- **ОСФАП**- **ОСИССЛЕД**-**ОСисследтер** |
| ∑ (**К-вообрспец**kх **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;

**ОССМОМ** - размер средств, направляемых на оплату стоматологической медицинской помощи в части обращений;

**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 обращение (**ТБАЗ/пос**) определяется по формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| **ТБАЗ/пос =** | **НоПРОФ**х **НфзПРОФ**-**ОСПОСМТР**- **- 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;

**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**–О**СнеотлМТР** |
| ∑ (**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/посспецk**- количество посещений по данной врачебной специальности для конкретной медицинской организации.

**3.2.**  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.

**3.3.** При оплате первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива по следующей формуле:

**ФОПРЕД = ФДПнi х Чзj**

где:

**ФОПРЕД** – предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, в рамках подушевого финансирования;

**Чзj-** численность застрахованных лиц, прикрепленных к j - ой медицинской организации, чел.