

## **Порядок**

**оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, 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) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи)**

### **1. Общие положения**

1.1 Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, 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) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) (далее - Порядок) устанавливает порядок расчета дифференцированных подушевых нормативов, в соответствии с которыми страховые медицинские организации осуществляют финансирование медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования, и имеющих прикрепленное население.

1.2 Настоящий Порядок разработан в соответствии с пунктами 139, 140 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н, и письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019 N 11-7/И/2-11779, ФФОМС от 12.12.2019 № 17033/26-2/и "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования".

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) утверждает дифференцированные подушевые нормативы в соответствии с настоящим Порядком один раз в квартал.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя (далее Фонд) доводит дифференцированные подушевые нормативы до страховых медицинских организаций.

При определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, страховые медицинские организации (далее - СМО) учитывают численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи и дифференцированные подушевые нормативы.

1.3 При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования объемы мероприятий по диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, объемы неотложной медицинской помощи, оказанной отделениями (кабинетами) неотложной медицинской помощи, объемы посещений травмпунктов, приемных отделений больниц, объемы городских кабинетов консультативного приема, расходы 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, оплачиваемых по тарифу за медицинскую услугу, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, не включаются в подушевой норматив.

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не обслуживающие прикрепленное население, и осуществляющие консультативные приемы, а также предоставляющие услуги гемодиализа и перитонеального диализа, в подушевом финансировании не участвуют.

Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным в системе ОМС за пределами территории города Севастополя, в подушевой норматив финансирования не включается.

Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепленное население, составляет - 1,0.

## **2. Определение среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

2.1 Расчет среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, осуществляется по формуле:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{AMB}} = \frac{(\text{No}_{\text{ПРОФ}} \times \text{Нфз}_{\text{ПРОФ}} + \text{No}_{\text{ОЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ОЗ}} + \text{No}_{\text{НЕОТЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}},$$

где:

$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{AMB}}$  - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$\text{No}_{\text{ПРОФ}}$  - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$\text{No}_{\text{ОЗ}}$  - средний норматив 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, обращений;

$\text{No}_{\text{НЕОТЛ}}$  - 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 обязательного медицинского страхования, посещений;

$\text{Нфз}_{\text{ПРОФ}}$  - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$\text{Нфз}_{\text{ОЗ}}$  - 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 обязательного медицинского страхования, рублей;

$\text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}$  - 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 обязательного медицинского страхования, рублей;

$\text{ОС}_{\text{МТР}}$  - 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 обязательного медицинского страхования, рублей;

$\text{Чз}$  - численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

Учитывая, что Программой<sup>1</sup> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (Нфз<sub>ПРОФ</sub>) установлен в разрезе трех направлений, его расчет осуществляется по формуле:

$$\text{Нфз}_{\text{ПРОФ}} = \frac{\text{Но}_{\text{ПО}} \times \text{Нфз}_{\text{ПО}} + \text{Но}_{\text{ДИСП}} \times \text{Нфз}_{\text{ДИСП}} + \text{Но}_{\text{ПИЦ}} \times \text{Нфз}_{\text{ПИЦ}}}{\text{Но}_{\text{ПРОФ}}}, \text{ где:}$$

Но<sub>ПО</sub> - 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;

Но<sub>ДИСП</sub> - средний норматив объема медицинской помощи проведения диспансеризации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;

Но<sub>ПИЦ</sub> - 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;

Нфз<sub>ПО</sub> - 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;

Нфз<sub>ДИСП</sub> - 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;

Нфз<sub>ПИЦ</sub> - 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.

2.2 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, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

---

<sup>1</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»

$$ПН_A = \frac{ФО_{СР}^{АМБ} \times Ч_3 - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{НЕОТЛ}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

ПН<sub>А</sub> – подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, рублей;

ОС<sub>ФАП</sub> – 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<sub>исслед</sub> – 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;

ОС<sub>по</sub> – 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;

ОС<sub>дисп</sub> – 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;

ОС<sub>неотл</sub> – 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.

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

2.2.1 Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации составляет в среднем на 2020 год:

- 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.

При расчете размеров финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов применяются коэффициенты дифференциации (К), рассчитанные в соответствии с Постановлением № 462. Для города Севастополя данные коэффициенты равны 1.

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

$$ОС_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times ФРО_{ФАП}^n \times ПК_{ФРО}^n), \text{ где:}$$

$ОС_{ФАП}^i$  - 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);

$ФРО_{ФАП}^n$  – размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов  $n$ -типа;

$ПК_{ФРО}^n$  - поправочный коэффициент финансового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1).

2.2.2 Объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований.

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

$$ОС_{ИССЛЕД} = (Н_{ОКТ} \times Н_{ФЗКТ} + Н_{ОМРТ} \times Н_{ФЗМРТ} + Н_{ОУЗИ} \times Н_{ФЗУЗИ} + Н_{ОЭНД} \times Н_{ФЗЭНД} + Н_{ОМГИ} \times Н_{ФЗМГИ} + Н_{ОГИСТ} \times Н_{ФЗГИСТ}) \times Ч_3, \text{ где:}$$

$Н_{ОКТ}$  - 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;

$Но_{мрт}$  - 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;

$Но_{узи}$  - 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;

$Но_{энд}$  - 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;

$Но_{мги}$  - 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;

$Но_{гист}$  - 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;

$Нф_{зкт}$  - 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;

$Нф_{змрт}$  - 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;

$Нф_{зузи}$  - 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;

Нфз<sub>энд</sub> - 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;

Нфз<sub>мги</sub> - 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;

Нфз<sub>гист</sub> - 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.

2.2.3 Объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и оплату медицинской помощи в неотложной форме.

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

$$ОС_{ПО} = Н_{ПО} \times Нфз_{ПО} \times Ч_3.$$

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

$$ОС_{ДИСП} = Н_{ДИСП} \times Нфз_{ДИСП} \times Ч_3.$$

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

$$ОС_{НЕОТЛ} = Н_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ} \times Ч_3.$$

2.3 Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования, осуществляется по формуле:

$$ПН_{БАЗ} = ПН_A - \frac{ОС_{ЕО}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

ОС<sub>ЕО</sub> - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам, рублей.

### 3. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива

3.1 Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива застрахованные лица на территории города Севастополя распределяются по следующим половозрастным группам:

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Для каждой  $i$ -й половозрастной группы Фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости медицинской помощи за предшествующий период рассчитывается размер затрат на одно застрахованное прикрепленное лицо ( $P_i$ ) по формуле:

$$P_i = Z_i \div M \div Ч_i, \text{ где:}$$

$Z_i$  – затраты на оплату медицинской всем застрахованным лицам,  $i$ -й половозрастной группы за выбранный Фондом период, рублей;

$M$  – количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч_i$  – численность застрахованного населения в  $i$ -й половозрастной группе.

Рассчитывается размер затрат на одно застрахованное лицо ( $P$ ) в целом по региону за выбранный период по формуле:

$$P = Z \div M \div Ч, \text{ где:}$$

$Z$  – затраты на оплату медицинской всем застрахованным лицам за выбранный Фондом период, рублей;

$M$  – количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч$  – численность застрахованных лиц в целом по региону.

Половозрастной коэффициент дифференциации для  $i$ -й половозрастной группы определится по формуле:

$$КД_{пвi} = P_i / P$$

(округляется до шести знаков после запятой).

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).

3.2 Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для  $j$ -й медицинской организации рассчитывается по формуле

$$КД_{пвj} = \frac{\sum(КД_{пви} * Ч_{прji})}{Ч_{прj}}$$

(округляется до шести знаков после запятой), где:

Чпр<sup>i</sup><sub>j</sub> - численность застрахованных лиц *i*-й половозрастной группы, прикрепленных к *j*-й медицинской организации, (человек);

Чпр<sub>j</sub> - общая численность застрахованных лиц, прикрепленных к *j*-й медицинской организации, (человек).

3.3 Для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах субъекта Российской Федерации. Указанные коэффициенты устанавливаются настоящим тарифным соглашением.

#### **4. 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**

Коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (КД<sub>от</sub>) 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).

Критерии отдаленности устанавливаются Комиссией.

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

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

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

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

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

$$КД_{от}^i = (1 - \sum D_{отj}) + \sum (КД_{отj} \times D_{отj}), \text{ где:}$$

КД<sub>от</sub><sup>i</sup> - 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 с учетом расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для j-той медицинской организации;

$D_{отj}$  – доля населения, обслуживаемая i-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);

$KD_{отj}$  - коэффициент дифференциации, применяемый к i-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 их содержание и оплату труда персонала.

## **5. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

5.1 На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП_{н}^j = ПН_{БАЗ} \times КУ^j_{мо} \times КД_{пвj} \times КД^j_{от} \times КД^j_{СУБ}, \text{ где:}$$

$ДП_{н}^j$  - дифференцированный подушевой норматив для j-той медицинской организации, рублей;

$КУ^j_{мо}$  - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится j-тая медицинская организация;

$КД^j_{СУБ}$  - 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 j-тая медицинская организация.

При этом при расчете каждого коэффициента дифференциации значение, равное 1, соответствует средневзвешенному уровню.

Основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения, в соответствии с которым определяются половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи, которые являются обязательными для применения.

Значения всех коэффициентов дифференциации устанавливаются Тарифным соглашением.

5.2. 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:

$$\text{ПК} = \frac{\sum_i (\text{ДПН}^i \times \text{Ч}_3^i)}{\text{ПН}_{\text{БАЗ}} \times \text{Ч}_3}, \text{ где}$$

$\text{Ч}_3^i$  численность застрахованных лиц, прикрепленных к  $i$ -той медицинской организации, человек.

5.3. Фактический дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той медицинской организации (ФДПН) рассчитывается по формуле:

$$\text{ФДПН}^i = \frac{\text{ДПН}^i}{\text{ПК}}, \text{ где:}$$

ФДПН <sup>$i$</sup>  - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для  $j$ -той медицинской организации, рублей.

5.4. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на начало соответствующего года и корректируется на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 апреля, 1 июля и 1 октября.

**6. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, 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), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях**

6.1 При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, 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),

с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, обслуживающей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определена доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности в размере 5 процентов.

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

$$\text{ОСПн} = \text{ДПн} \times \text{Чзпр} + \text{ОСрд}, \text{ где:}$$

ОСПн - финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

Чзпр - численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек;

ОСрд - размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

6.2 Показатели результативности деятельности, порядок их применения и целевые значения устанавливаются настоящим Тарифным соглашением. Посредством указанных показателей учитывается в обязательном порядке выполнение установленных решением Комиссии объемов медицинской помощи.

Размер средств, подлежащий к перечислению в каждую медицинскую организацию, определяется как сумма средств, рассчитанная по каждому показателю результативности, исходя из размера процента от ОСрд в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, умноженного на соответствующий весовой коэффициент. Показатели результативности для каждой медицинской организации утверждаются Комиссией один раз в квартал, с учетом показателей деятельности медицинской организации в предыдущем отчетном периоде (квартал, полугодие, 9 месяцев, год).

Таблица 1

Показатели результативности деятельности, порядок их применения и целевые значения

№	Наименование показателя	Ед. изм.	Целевое значение	Процент от ОСрд, подлежащий к перечислению	Весовой коэффициент		
					Смешанная поликлиника	Взрослая поликлиника	Для детской поликлиника
1. Доступность медицинской помощи для прикрепленного населения							

1.1	Выполнение объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях, распределенных Комиссией	%	менее 35,0	0	0,65		
		%	от 35 до 45	40			
		%	от 45 до 60	55			
		%	от 60 до 70	70			
			от 70 до 80	75			
		%	от 80 до 90	90			
1.2	Выполнение объемов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, распределенных Комиссией	%	80 и более	100	0,05		
			от 60 до 80	85			
			от 30 до 60	70			
			менее 30	0			
1.3	Наличие обоснованных жалоб со стороны пациентов, поступивших в СМО И ТФОМС (по отчетным данным Контакт-центра)	Обоснованная жалоба	0	100	0,04		
			1 и более	0			
2. Профилактическая работа среди взрослого и детского населения							
2.1	Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения от плана	%	80 и более	100	0,05	0,1	×
			от 60 до 80	85			
			от 30 до 60	70			
			менее 30	0			
2.2	Охват профилактическим медицинским осмотром взрослого населения от плана	%	80 и более	100	0,05	0,1	×
			от 60 до 80	85			
			от 30 до 60	70			
			менее 30	0			
2.3	Охват несовершеннолетних профилактическим медицинским осмотром от плана	%	80 и более	100	0,075	×	0,15
			от 50 до 80	85			
			от 30 до 50	70			
			менее 30	0			
2.4	Охват диспансеризацией, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризацией детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных	%	от 97 до 100	100	0,025	×	0,05
			менее 97	0			

	(удочеренных) принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью от плана.					
3. Результаты контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи прикрепленному населению.						
3.1	Доля нарушений, выявленных при проведении медико-экономической экспертизы	%	менее 17,0	100	0,03	
			17,0 и более	0		
3.2	Доля нарушений, выявленных при проведении экспертизы качества медицинской помощи	%	менее 25,7	100	0,03	
			25,7 и более	0		

6.3 Показатель выполнения объемов для j-й медицинской организации рассчитывается за текущий квартал Фондом на основании реестров счетов как соотношение фактически выполненных в предыдущем отчетном периоде объемов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в медицинских организациях, обслуживающих прикрепленное население, к плановым объемам (объемам, распределенным решением Комиссии на предыдущий отчетный период).

$$V_{0j} = (\sum(OФ_{мпij} \times T_i)) / (\sum(OП_{мпij} \times T_i)),$$

где

$OФ_{мпij}$  – фактический объем первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях по i-той медицинской услуге в j-й медицинской организации. В объеме медицинских услуг учитываются объемы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (за исключением проведения медицинских осмотров и диспансеризации), объемы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями. При расчете фактического объема не учитываются – объемы услуг магнитно-резонансной и компьютерной томографии, объемы 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 объемы амбулаторного диализа.

$OП_{мпij}$  – плановый объем первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях по i-той медицинской услуге в j-й

медицинской организации. Состав планового объема медицинской помощи определяется аналогично составу фактического объема.

$T_i$  – тариф на оплату  $i$ -той медицинской услуги для соответствующего уровня медицинских организаций.