Приложение № 12

к Тарифному соглашению на 2024 год от 31.01.2024

в редакции от 21.02.2024

**Порядок организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц**

**1. Общие положения**

Настоящий Порядок организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) – по подушевому нормативу финансирования (далее - Порядок) разработан в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, (далее - Методические рекомендации) и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" (далее – Требования).

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

Расчет подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках базовой Территориальной программы обязательного медицинского страхования Смоленской области (далее - Территориальной программы), осуществляется Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС), по следующему алгоритму:

**2.1** ТФОМС определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Смоленской области, человек. |

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой, по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи  с заболеваниями, установленный Территориальной программой в части базовой программы, обращений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения  по заболеванию при оказании медицинской помощи  по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Смоленской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей. |

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

В соответствии с Требованиями в тарифном соглашении устанавливаются:

- базовый (средний) подушевой норматив финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (Приложение к тарифному соглашению 2.9);

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (Приложение к тарифному соглашению 2.10).

Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей; |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
|  | объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения 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; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава; |
|  | единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. (равен 1). |

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования установлен в Приложении 2.6. к Тарифному соглашению.

Параметр используется в целях сохранения сбалансированности Территориальных программ и рассчитывается по следующей формуле:

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | значение 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, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации в соответствии с пунктом 2.5 настоящего раздела рекомендаций; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек; |

По аналогичной формуле рассчитывается значение .

В базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), так как их финансирования в рамках территориальной программы за счет бюджетных ассигнований бюджета Смоленской области.

Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (осуществляются медицинскими организациями в рамках договоров)   
и межтерриториальных (осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования) расчетах, в соответствии   
с Требованиями.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы (), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСФАП | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей; |
| ОСИССЛЕД | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой в части базовой программы, рублей; |
|  |  |
| ОСНЕОТЛ | объем средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива); |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Смоленской области лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация»), рублей. |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой в части базовой программы, рублей |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации), рублей. |

В случае, если отдельная медицинская помощь в Смоленской области включается в подушевой норматив финансирования (за исключением медицинской помощи, оплата которой в соответствии с Программой и Методическими рекомендациями осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого финансирования), но при условии невозможности проведения в конкретной медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, данной медицинской помощи (исследований или консультаций специалистов, учтенных в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц), оплата такой медицинской помощи, оказанной в других медицинских организациях осуществляется из средств подушевого норматива финансирования медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, в порядке межучережденческих расчетов.

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 застрахованным лицам за пределами Смоленской области,   
на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи.

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

ОСИССЛЕД = , где:

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

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

ОСНЕОТЛ = НоНЕОТЛ × НфзНЕОТЛ × ЧЗ.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19 утверждены Приложением № 2.4 к Тарифному соглашению.

**2.3. Правила применения коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования**

Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом предусмотренных пунктом 5.1. Требований коэффициентов.

В соответствии с Требованиями при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования:

1) коэффициенты 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 (далее – );

2) коэффициент половозрастного состава ();

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) ();

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Смоленской области (далее – );

5) коэффициент дифференциации.

При расчете могут учитываться плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, а также расходы, связанные с содержанием медицинской организации, в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации.

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

В целях недопущения необоснованного снижения объема подушевого финансирования медицинских организаций при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования и устанавливаются в размере не менее 1 для следующих медицинских организаций:

- федеральные медицинские организации;

- негосударственные медицинские организации, являющиеся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте;

- центральные районные, районные (в том числе межрайонные) и участковые больницы, обслуживающие взрослое население;

- медицинские организации, обслуживающие только детское население.

**2.4. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц   
за данный период, и устанавливаются в тарифном соглашении.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива в разрезе половозрастных групп выполняется следующий алгоритм.

Численность застрахованных лиц в Смоленской 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.

К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории Смоленской 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 Смоленской области.

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| З | затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период; |
| М | количество месяцев в расчетном периоде; |
| Ч | численность застрахованных лиц на территории Смоленской области. |

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| Зj | затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период; |
| Чj | численность застрахованных лиц Смоленской области, попадающего в j-тый половозрастной интервал. |

1. Рассчитываются коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

.

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций; |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы); |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек. |

Таким образом, увеличение доли прикрепленного к медицинской организации населения по половозрастным группам, коэффициенты дифференциации по которым выше 1, в том числе по группам мужчин и женщин 65 лет и старше, при прочих равных будет вести к повышению значения половозрастного коэффициента дифференциации для медицинской организации.

**2.5. Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации 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, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (**

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).

При этом критерии отдаленности устанавливаются комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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, плотности расселения обслуживаемого населения, транспортной доступности, иных климатических и географических особенностей территории обслуживания населения и др.

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

, где

|  |  |
| --- | --- |
|  | коэффициент 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 организаций (при наличии). |
|  | доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1); |
|  | коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала. |

Перечень МО с численностью до 50 тысяч человек установлен Приложением 2.3 к Тарифному соглашению.

**2.6. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования**

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и геграфических особенностей, площади медицинской организации), для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент достижения уровня целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения Смоленской области, для i-той медицинской организации, для i-той медицинской организации; |
|  | 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, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации. |

В тарифном соглашении в приложении 2.6 указываются значения всех коэффициентов, используемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, а также численность прикрепленных лиц в разрезе медицинских организаций с указанием даты (периода) по состоянию на который представлена численность.

**2.7. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов**

2.7.1. Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее - Приказ № 543н) составляет в среднем на 2024 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 101 до 900 жителей, – 1 230,5 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 901 до 1500 жителей, – 2 460,9 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 1501 до 2000 жителей, – 2 907,1 тыс. рублей.

2.7.2. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации устанавливаются в ТФОМС путем применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с Постановлением № 462, к размерам финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов.

2.7.3. При определении объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих население до 100 жителей, применяется коэффициент специфики в размере 0,15 от базового норматива финансовых затрат на обеспечение ФАП - 1 230,5 тыс. руб. При определении объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих население свыше 2000 жителей, применяется коэффициент специфики в размере 1,0 от базового норматива финансовых затрат на обеспечение ФАП - 2 907,1 тыс. руб.

2.7.4. При определении объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов при отсутствии медицинского персонала и прочих причин, применяется коэффициент специфики в размере 0,15 к базовому нормативу финансовых затрат на обеспечение ФАП (1 230,5 тыс. руб.- от 101 до 900 жителей, 2 460,9 тыс. руб. - от 901 до 1500 жителей, 2 907,1 тыс. руб.- от 1501 до 2000 жителей).

2.7.5. Коэффициенты специфики к размеру финансового обеспечения ФАП.

| Показатели | Диапазон численности обслуживаемых на ФАП жителей | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФАП обслуживающий от 101 до 900 жителей | | | | | | |
| Штатная численность | от 1,5 и выше | | менее 1,5 - 1,0 | | менее 1 | |
| Коэффициент | 1,00 | | 0,70 | | 0,50 | |
| ФАП обслуживающий от 901 до 1500 жителей | | | | | | | |
| Штатная численность | от 3,0 и выше | менее 3,0 - 2,0 | | менее 2,0 - 1,0 | | менее 1,0 | |
| Коэффициент | 1,00 | 0,75 | | 0,50 | | 0,25 | |
| ФАП обслуживающий от 1501 до 2000 | | | | | | | |
| Штатная численность | от 3,5 и выше | менее 3,5 - 2,5 | | менее 2,5 - 1,5 | | менее 1,5 | |
| Коэффициент | 1,00 | 0,75 | | 0,50 | | 0,25 | |
| ФАП обслуживающий свыше 2000 | | | | | | | |
| Штатная численность | от 3,5 и выше | менее 3,5 - 2,5 | | менее 2,5 - 1,5 | | менее 1,5 | |
| Коэффициент | 1,00 | 0,80 | | 0,65 | | 0,25 | |

2.7.6. В случае обслуживания фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в указанных пунктах акушерок, при возложении отдельных полномочий по работе с такими женщинами на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем), финансовое обеспечение устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности населения. Если доля женщин в численности населения составляет до 30 %, устанавливается коэффициент в размере 1,025, если от 30 % (включительно) и выше - 1,05.

Данный повышающий коэффициент (в разрезе фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) учитывается в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н, и устанавливается в тарифном соглашении дифференцированно по структурным подразделениям.

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
|  | число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов  n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению); |
|  | базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
|  | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат  на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). |

2.7.8. В случае если у фельдшерско-акушерских пунктов   
в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта; |
|  | размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года; |
|  | количество месяцев, оставшихся до конца календарного года. |

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

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

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042), от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. № 47855), от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964), от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366), от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288), от 4 июня 2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (зарегистрировано в Минюсте России 26 июня 2020 г. № 58786) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии).

На территории Смоленской области оказания соответствующей медицинской помощи с использованием систем поддержки принятия врачебных решений, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) не используется.

При этом тарифным соглашением устанавливаются тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, применяемые при межучережденческих расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

**2.9. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)**

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи в определенных Территориальной программой случаях размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи, определяется по следующей формуле:

base_1_197519_62,

где:

ФОФАКТ - фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

ОМП - фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

Т - тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций Смоленской области.

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливаются повышающие коэффициенты в размере 1,2 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами или устанавливаются отдельные тарифы на медицинские услуги, оказанные мобильными медицинскими бригадами.

**2.10. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях**

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных Территориальной программой в соответствии с Программой территориальных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай   
медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем   
10–12 посещений.

Оплата медицинской реабилитации осуществляется   
в амбулаторных условиях дифференцированно, в том числе в зависимости   
от оценки состояния пациента по ШРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация. Например, медицинская реабилитация пациентам:

- при заболеваниях центральной нервной системы по баллам ШРМ;

- при кардиологических заболеваниях по баллам ШРМ;

- при заболеваниях опорно-двигательного аппарата по баллам ШРМ;

- после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19))   
по баллам ШРМ;

- при других соматических заболеваниях по баллам ШРМ.

Плановый объем случаев медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и размер соответствующих тарифов определяется нормативов финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация»), установленных Территориальной программой.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», определяется по формуле:

,

где:

объем средств, полученных i-той медицинской организацией   
за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

объем комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» с учетом в том числе заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента;

тариф на оплату комплексного посещения по профилю   
«Медицинская реабилитация» для соответствующего заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента.

**2.11. Оплата школ сахарного диабета в амбулаторных условиях**

В целях повышения эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования оплату посещений школы сахарного диабета осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования. Медицинскую помощь в рамках школ сахарного диабета рекомендуется оплачивать за единицу объема – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля. Группа пациентов (в среднем 10 пациентов в группе). Взрослые с сахарным диабетом 1 типа в среднем включает 5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля, взрослые с сахарным диабетом 2 типа в среднем включает 5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля, дети и подростки с сахарным диабетом в среднем включает 10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля.

**2.12. Расчет итогового объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи**

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID–19) в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации  в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам, в том числе углубленной диспансеризации (за исключением ), рублей. |

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

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСПН | финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
| ОСРД | объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей. |
|  | дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. |

Приложением к Требованиям определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Методика расчета критериев результативности деятельности медицинских организаций при выполнении Территориальной программы, финансируемых по подушевому нормативу, имеющих прикрепленное население и порядок расчета значений критериев результативности деятельности медицинских организаций описан в Приложении 12.1 к настоящему приложению.

**3. Основные параметры оплаты скорой медицинской помощи**

Расчет подушевого финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), в рамках Территориальной программы осуществляется по следующему алгоритму:

**3.1** Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации Территориальной программы, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Смоленской области, человек. |

Общий объем средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| НоСМП | средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой в части базовой программы, вызовов; |
| НфзСМП | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой в части базовой программы, рублей; |
| ОСМТР | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Смоленской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Смоленской области, человек. |

**3.2. Определение базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПнБАЗ | базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном Смоленской области лицам за вызов, рублей; |
|  | единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.(равен 1). |

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением, в том числе на оплату скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

**3.3. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава;  коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации;  коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент дифференциации i-той медицинской организации. |

Исчерпывающий перечень коэффициентов дифференциации, которые могут использоваться при расчете установлен Требованиями. Использование иных коэффициентов, не предусмотренных Требованиями, недопустимо.

При этом при расчете каждого коэффициента дифференциации значение, равное 1, соответствует средневзвешенному уровню расходов, учитываемых для расчета коэффициента.

При осуществлении дифференциации подушевого норматива следует учитывать, что основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения, в соответствии с которым рассчитывается коэффициент специфики оказания медицинской помощи.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц в Смоленской области распределяется на половозрастные группы (подгруппы). При этом для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации. Указанные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением субъекта.

В целях сохранения сбалансированности Территориальной программы значения , и для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, рассчитываются с учетом недопущения влияния применения указанных коэффициентов на общий объем средств, распределяемый между медицинскими организациями по подушевому нормативу финансирования (среднее взвешенное значение каждого из указанных коэффициентов с учетом численности прикрепленного к соответствующим медицинским организациям населения должно составлять 1).

В тарифном соглашении в приложении 5.2 указываются значения всех коэффициентов, используемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, а также численность застрахованных лиц на территории обслуживания станции скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций с указанием даты (периода) по состоянию на который представлена численность.

**3.4. Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации**

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

, где

|  |  |
| --- | --- |
| ФОСМП | размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей; |
| ЧзПР | численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек. |

Установленные в тарифном соглашении тарифы на оплату отдельных случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Смоленской области, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях,   
не имеющих прикрепившихся лиц) (в дополнение к подушевому нормативу финансирования) являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, участвующих в реализации Территориальной программы.