|  |
| --- |
| Приложение № 1  к Тарифному соглашению  в системе ОМС ЕАО на 2022 год  от «04» февраля 2022 года  *(в ред. Дополнительного соглашения*  *№ 1 от 26.04.2022;*  *Дополнительного соглашения*  *№ 2 от 21.06.2022;*  *Дополнительного соглашения*  *№ 5 от 15.09.2022;*  *Дополнительного соглашения*  *№ 6 от 28.10.2022;*  *Дополнительного соглашения*  *№ 7 от 22.11.2022)* |

Порядок

формирования тарифов на медицинские услуги и подушевого норматива для оплаты медицинской помощи в круглосуточном стационаре, дневном стационаре и в амбулаторных условиях

1. Общие положения

Формирование тарифов на медицинские услуги осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию главой двенадцатой   
приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», проектом Методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского (далее – Методические рекомендации).

При необходимости изменения тарифов на медицинские услуги территориальный фонд обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области (далее – Фонд) вносит на рассмотрение комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области (далее – Комиссия) предложение об установлении новых тарифов или корректирующих коэффициентов. Тарифы и коэффициенты утверждаются тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области (далее – Тарифное соглашение).

1. Расчет стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу, в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара

2.1. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования на 2022 год (далее – Программа), определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

, где

средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, госпитализаций;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, рублей;

размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара, за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Еврейской автономной области, рублей;

– число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области. Прикрепленными к медицинской организации лицами считается застрахованное на территории Еврейской автономной области население, имеющее регистрацию в населенных пунктах, обслуживаемых данной медицинской организацией, или имеющее регистрацию в других населенных пунктах, но фактически прикрепленное к данной медицинской организации по письменному обращению застрахованного с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан на одну должность участкового врача (далее – прикрепившиеся, застрахованные), человек.

* 1. Стоимость медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара определяется как сумма стоимости всех случаев госпитализации:

+ ∑ , где

– стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре или дневном стационаре (за исключением случаев, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов);

– стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре или дневном стационаре по клинико-статистической группе для случаев, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов.

Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре или дневном стационаре (за исключением случаев, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов) (), (далее – по клинико-статистической группе определяется по следующей формуле:

, где

– размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара (базовая ставка), рублей;

–коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление   
№ 462);

– коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, к которой отнесен данный случай госпитализации;

коэффициент специфики клинико-статистической группы, к которой отнесен данный случай госпитализации;

коэффициент уровня медицинской организации;

коэффициент сложности лечения пациента.

Коэффициент дифференциации ( на 2022 год составляет 1,498.

Коэффициент относительной затратоемкости устанавливается на федеральном уровне.

Коэффициент сложности лечения пациента () устанавливается на федеральном уровне.

Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре или дневном стационаре по клинико-статистической группе для случаев, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов (), (далее – определяется по следующей формуле:

+

БС \* \* КСЛП,

где,

– размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара (базовая ставка), рублей;

– коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, к которой отнесен данный случай госпитализации;

– доля заработной платы и прочих расходов в стоимости клинико-статистической групп устанавливается на федеральном уровне; значения долей указаны в подпункте 2.7 Приложения № 3 к Тарифному соглашению.

– коэффициент специфики по клинико-статистической группе, к которой отнесен данный случай лечения;

– коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

– коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;

коэффициент сложности лечения пациента.

2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:

1) объема средств (), предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара, и оплачиваемой по клинико-статистической группе, рассчитанного исходя из среднего норматива финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара, численности застрахованных, за исключением средств, предназначенных для осуществления:

а) дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования;

б) оплаты услуг диализа, включающих различные методы, оплаты услуг гемофильтрации крови продленной, селективной гемосорбции липополисахаридов при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомилиозе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемопластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммуных заболеваний;

в) оплаты заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи.

2) планового количества случаев лечения, умноженного на средний поправочный коэффициент и коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Объем средств (), предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях или условиях дневного стационара и оплачиваемой по клинико-статистической группе, рассчитывается по следующей формуле:

, где

объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара и оплачиваемой по клинико-статистической группе, рублей;

средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

– число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области, человек;

размер средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса – резерва финансовых средств, предназначенных на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара, при увеличении количества госпитализаций с более дорогой стоимостью по сравнению с запланированной и, соответственно, увеличении значения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным, рублей;

размер средств, направляемых на оплату услуг диализа, гемофильтрации крови продленной, селективной гемосорбции липополисахаридов при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомилиозе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемопластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммуных заболеваний, проводимых в стационарных условиях и условиях дневного стационара, рублей;

размер средств, направляемых на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара, оплачиваемой по нормативу финансовых затрат за единицу объема медицинской помощи, рублей.

Базовая ставка () рассчитывается по следующей формуле:

, где

размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара (базовая ставка), рублей;

объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара и оплачиваемой по клинико-статистической группе, рублей;

– общее плановое (фактическое) количество случаев лечения, подлежащих оплате по клинико-статистическим группам;

– средний поправочный коэффициент оплаты по клинико-статистическим группам;

– коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

– средний поправочный коэффициент оплаты по клинико-статистическим группам рассчитывается по следующей формуле:

+

где

– плановое (фактическое) количество случаев лечения по каждой i-клинико-статистической группе без случаев, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов;

– коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;

– коэффициент относительной затратоемкости i-клинико-статистической группы, кроме тех, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов;

– коэффициент специфики по i-клинико-статистической группе, к которой отнесен данный случай лечения, кроме тех, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов;

коэффициент относительной затратоемкости клинико-статистической группы, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов;

– коэффициент специфики по клинико-статистической группе, к которой отнесен данный случай лечения, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов;

– коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

коэффициент сложности лечения пациента;

– плановое (фактическое) количество случаев лечения по каждой клинико-статистической группе по случаям, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов;

– доля заработной платы и прочих расходов в стоимости клинико-статистической групп;

– общее плановое (фактическое) количество случаев лечения, подлежащих оплате по клинико-статистическим группам.

Средний поправочный коэффициент оплаты по клинико-статистическим группам () рассчитывается также для проведения анализа и сравнения фактически сложившихся госпитализаций с запланированными.

* 1. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи к базовой ставке (рассчитывается по следующей формуле:

= , где

– размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара (базовая ставка), рублей;

– коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;

– средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара, рублей.

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по условиям ее оказания к базовой ставке ( не может быть ниже 65 процентов норматива финансовых затрат на один случай госпитализации в стационарных условиях и не ниже 60 процентов норматива финансовых затрат на один случай лечения в условиях дневного стационара; далее – коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи.

* 1. Коэффициент относительной затратоемкости ( определяется на федеральном уровне для каждой клинико-статистической группы при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

При выделении подгрупп в составе стандартных клинико-статистических групп для сохранения принципа бюджетной нейтральности средневзвешенный коэффициент затратоемкости подгрупп должен равняться коэффициенту затратоемкости клинико-статистической группы. Средневзвешенный коэффициент затратоемкости () подгрупп рассчитывается по следующей формуле:

где

средневзвешенный коэффициент затратоемкости g-подгрупп, входящих в i-клинико-статистическую группу;

– коэффициент относительной затратоемкости по i-клинико-статистической группе;

коэффициент затратоемкости g-подгруппы, входящей в i-клинико-статистическую группу;

– плановое количество случаев лечения g-подгруппы, входящей i-клинико-статистическую группу.

– плановое количество случаев лечения по каждой i-клинико-статистической группе.

При определении коэффициентов затратоемкости подгрупп:

1 этап: определяется подгруппа для случаев лечения, по которым необходимо определить коэффициент затратоемкости, отличающийся от установленного на федеральном уровне, по следующей формуле:

, где

коэффициент затратоемкости g-подгруппы 1;

средняя стоимость случая, входящего в g-подгруппу 1, рублей;

размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара (базовая ставка), рублей;

– коэффициент специфики по клинико-статистической группе, к которой отнесен данный случай лечения;

– коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

– коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями коэффициент затратоемкости для подгрупп на первом этапе определяется по следующей формуле:

Для формирования подгрупп средняя стоимость случая (не включает коэффициент сложности лечения пациента, так как он применяется в отдельных, нечасто встречающихся случаях, а необходимость создания подгруппы возникает, когда течение заболевания с большой затратоемкостью является систематическим явлением.

2 этап: определяется коэффициент затратоемкости оставшейся g-подгруппы 2 по следующей формуле:

, где

- коэффициент затратоемкости g-подгруппы 2, входящей в i-клинико-статистическую группу;

коэффициент затратоемкости g-подгруппы, входящей в i-клинико-статистическую группу;

– плановое количество случаев лечения по каждой i-клинико-статистической группе;

коэффициент затратоемкости g-подгруппы 1, входящей в i-клинико-статистическую группу;

– плановое количество случаев лечения по g-подгруппе 1, входящей в i-клинико-статистическую группу;

– плановое количество случаев лечения по g-подгруппе 2, входящей в i-клинико-статистическую группу;

2.5. Коэффициент специфики () применяется к клинико-статистической группе в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. К подгруппам в составе клинико-статистических групп коэффициент специфики не применяется. Цель установления коэффициента специфики состоит в мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную клинико-статистическую группу, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения и ресурсосберегающих технологий, в том числе развитию дневных стационаров.

Значение коэффициента специфики – от 0,8 до 1,4.

Коэффициент специфики не применяется к клинико-статистическим группам по профилю «Онкология» и «Детская онкология» (устанавливается значение 1).

Понижающий коэффициент не применяется к клинико-статистическим группам, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы.

Таблица 1

Перечень клинико-статистических групп,

к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| КСГ круглосуточного стационара | |
| st13.002 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2) |
| st13.005 | Нарушения ритма и проводимости (уровень 2) |
| st13.007 | Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2) |
| st15.015 | Инфаркт мозга (уровень 2) |
| st15.016 | Инфаркт мозга (уровень 3) |
| st17.001 | Малая масса тела при рождении, недоношенность |
| st17.002 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |
| st17.003 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |

Повышающий коэффициент не применяется к клинико-статистическим группам, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Таблица 2

Перечень клинико-статистических групп,

к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st12.001 | Кишечные инфекции, взрослые |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st27.001 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st27.003 | Болезни желчного пузыря |
| st27.005 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| st27.006 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| st27.010 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |

2.6. Коэффициент уровня медицинских организаций (КУСмо), отражающий разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, устанавливается в разрезе трех уровней.

Коэффициенты уровня медицинских организаций (КУСмо) устанавливаются Тарифным соглашением согласно распределению медицинских организаций по уровням, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Структурные подразделения медицинской организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара, исходя из маршрутизации пациентов, могут иметь различные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи.

Среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляет:

1) для медицинских организаций 1-го уровня – 0,9;

2) для медицинских организаций 2-го уровня – 1,05;

3) для медицинских организаций (структурных подразделений) 3-го уровня – 1,25.

По каждому уровню могут выделяться не более пяти подуровней с установлением коэффициентов по каждому подуровню в следующих границах:

1. для медицинских организаций (структурных подразделений) 1-го уровня – от 0,8 до 1,0;
2. для медицинских организаций (структурных подразделений) 2-го уровня – от 0,9 до 1,2;
3. для медицинских организаций (структурных подразделений) 3-го уровня – от 1,1 до 1,4.

Средневзвешенный коэффициент подуровней для каждого уровня оказания медицинской помощи не может превышать средние значения коэффициента уровня и рассчитывается по следующей формуле:

где

– средневзвешенный коэффициент r-подуровней u-уровня медицинской организации;

– коэффициент r-подуровня u-уровня медицинской организации;

– плановое количество случаев лечения r-подуровня u-уровня медицинской организации;

– плановое количество случаев лечения u-уровня медицинской организации;

- коэффициент u-уровня медицинской организации.

Перечень клинико-статистических групп, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) в условиях круглосуточного стационара, приведен в таблице 1 приложения № 3 к Тарифному соглашению.

2.7.Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам, устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи на основании объективных критериев и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

Критерии применения и размеры коэффициента сложности лечения пациентов перечислены в Приложении № 41 к Тарифному соглашению.

Если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких коэффициентов сложности лечения пациента, итоговое значение рассчитывается суммированием соответствующих коэффициентов сложности лечения пациента () по следующей формуле:

= .

1. Методика расчета финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи

3.1. Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях () определяется по следующей формуле:

, где

средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, рублей;

Чз – число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области. Прикрепленными к медицинской организации лицами считается застрахованное на территории Еврейской автономной области население, имеющее регистрацию в населенных пунктах, обслуживаемых данной медицинской организацией, или имеющее регистрацию в других населенных пунктах, но фактически прикрепленное к данной медицинской организации по письменному обращению застрахованного с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан на одну должность участкового врача (далее – прикрепившиеся, застрахованные), человек.

На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой, определяется общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по следующей формуле:

, где

объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, рублей;

средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, посещений;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, рублей;

средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, обращений;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, рублей;

средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, посещений;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, рублей;

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

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», рублей;

Чз – число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области. Прикрепленными к медицинской организации лицами считается застрахованное на территории Еврейской автономной области население, имеющее регистрацию в населенных пунктах, обслуживаемых данной медицинской организацией, или имеющее регистрацию в других населенных пунктах, но фактически прикрепленное к данной медицинской организации по письменному обращению застрахованного с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан на одну должность участкового врача (далее – прикрепившиеся, застрахованные), человек;

размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Еврейской автономной области, рублей.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=29DC579D76681DDC7101A036030EA13040FE33AAB3D86CFF299AA642810AEF626CC833643FCFD428C83A5EC006hCe9E) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

3.2. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации (), определяется по следующей формуле:

где

азовый подушевой норматив финансирования, рублей;

объем средства на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования за исключением средств на оплату профилактических осмотров и диспансеризации, рублей;

доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, коэффициент;

– число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области;

коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

3.3. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, за исключением средств на финансовое обеспечение проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, определяется по следующей формуле:

объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, за исключением средств на финансовое обеспечение проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, рублей;

объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, рублей;

размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными Программой, рублей;

объем средств на оплату углубленной диспансеризации в соответствии с нормативами, установленными Программой, рублей;

размер средств, направляемых на оплату посещений   
в неотложной форме, рублей;

размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, рублей.

– объем средств на оплату медицинских услуг и диагностических исследований по самостоятельным тарифам в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами);

размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Программой, рублей;

размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (за исключением углубленной диспансеризации), в соответствии с нормативами, установленными Программой, рублей.

– объем средств на оплату медицинских услуг и диагностических исследований по самостоятельным тарифам в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), включая расходы на оплату:

– медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинских организациями, не имеющими прикрепленного населения;

– диализа, проводимого в амбулаторных условиях;

– стоматологической медицинской помощи;

– законченных случаев обследования в Центрах здоровья;

– забора материала для проведения анализа на определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в мазках со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки методом ПЦР;

– лабораторных исследований амбулаторных больных, проводимых в других организациях, в случае отсутствия в медицинских организациях необходимого оборудования, в части объемов, устанавливаемых в плановом задании организациям, оказывающим лабораторные исследования;

– расшифровки, описания и интерпретации электрокардиографических данных;

– флюорографии;

– обязательных диагностических исследований для граждан (далее – призывники):

1. при первоначальной постановке на воинский учет,
2. при призыве на военную службу,
3. при поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора с Министерством обороны Российской Федерации об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе подготовки солдат, матросов запаса,
4. не проходящих военную (приравненную службу) и поступающих на военную службу (приравненную службу) по контракту,
5. призываемых на военные сборы,
6. проходящих альтернативную службу;

– суточного мониторирования артериального давления;

– холтеровского мониторорования сердечного ритма; (*в редакции Дополнительного соглашения № 6 от 28.10.2022)*

– число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области, человек.

* + 1. Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (), рассчитывается по следующей формуле:

где

– размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов медицинской организации, рублей;

– число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов   
b-типа;

– базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов b-типа, рублей;

– коэффициент специфики оказания медицинской помощи к базовому нормативу финансовых затрат фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов b-типа.

Для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 100 до 900 жителей, от 900 до 1500 жителей, от 1500 до 2000 жителей, устанавливается значение коэффициента специфики 0,6 или 1,0 к размеру финансового обеспечения, определенного Программой:

– 0,6 – при укомплектованности фельдшером или акушеркой менее 1,0 должности;

– 1,0 – при укомплектованности фельдшером или акушеркой не менее 1,0 должности.

Для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей, устанавливается размер финансового обеспечения с учетом коэффициента уровня медицинской организации 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 100 до 900 жителей. Для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих более 2000 жителей, устанавливается размер финансового обеспечения с учетом коэффициента уровня медицинской организации 1 к размеру финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 1500 до 2000 жителей. (*в редакции Дополнительного соглашения № 1 от 26.04.2022)*

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации – размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с учетом их соответствия требованиям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет на 2022 год в среднем при обслуживании:

– менее 100 жителей – 814,69 тысяч рублей (с учетом коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 100 до 900 жителей, – 0,5; (*в редакции Дополнительного соглашения № 1 от 26.04.2022)*

– от 100 до 900 жителей – 1 629,37 тысяч рублей;

– от 900 до 1 500 жителей – 2 581,20 тысяч рублей;

– от 1 500 до 2 000 жителей – 2 898,48 тысяч рублей;

– более 2 000 жителей – 2 898,48 тысяч рублей (с учетом коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1 500 до 2 000 жителей, – 1). (*в редакции Дополнительного соглашения № 1 от 26.04.2022)*

В случае, если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов   
в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, 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.

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

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

) где

– объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, рублей;

– средний норматив объема медицинской помощи для проведения q-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)), количество исследований;

– средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения q-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)), рублей;

число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области, человек.

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

размер средств, направляемых на оплату посещений   
в неотложной форме, рублей;

3.3.4. Объем средств, направляемый на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Программой (и объем средств, направляемый на оплату проведения диспансеризации, включающий профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследования в соответствии с нормативами, установленными Программой (рассчитывается в соответствии с подпунктом 3.9 настоящего приложения к Тарифному соглашению.

* 1. На основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы финансирования, не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, для медицинских организаций по следующей формуле:

\* \* \* \* , где

– дифференцированный подушевой норматив для k-медицинской организации, рублей;

базовый подушевой норматив финансирования;

– коэффициент специфики k-медицинской организации, учитывающий уровень и структуру заболеваемости прикрепленного населения, половозрастной состав прикрепленного населения;

коэффициент уровня k-медицинской организации;

коэффициент специфики оказания медицинской помощи k-медицинской организацией, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа;

– коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

* 1. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

ПК = где

ПК – поправочный коэффициент;

объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, за исключением средств на финансовое обеспечение проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, рублей;

доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, коэффициент;

– дифференцированный подушевой норматив для k-медицинской организации, рублей;

число застрахованных лиц, прикрепившихся к k-медицинской организации, человек.

В случае, если при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов используется поправочный коэффициент, отличный от 1, указанный коэффициент в обязательном порядке отражается в тарифном соглашении.

* 1. Коэффициент уровня для k-медицинской организации на 2022 год определяется согласно распределению медицинских организаций по уровням в соответствии с принципами трехуровневой системы оказания медицинской помощи и размерами коэффициентов уровней, рекомендованных в пункте 3.4 Методических рекомендаций. Значения коэффициентов уровня для амбулаторной медицинской помощи могут отличаться от значений коэффициентов для стационарной и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

Учитывая, что ОГБУЗ «Областная больница» и ОГБУЗ «Детская областная больница» – это многопрофильные медицинские организации, у которых имеется прикрепленное население для оказания амбулаторной помощи, и которые также оказывают медицинскую помощь населению районов области, в составе второго уровня устанавливаются два подуровня: с более высоким коэффициентом для ОГБУЗ «Областная больница» и ОГБУЗ «Детская областная больница» и меньшим значением коэффициента подуровня – для остальных медицинских организаций, входящих во второй уровень оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Коэффициенты уровней и подуровней на 2022 год установлены в приложении № 10 к Тарифному соглашению.

3.7. Коэффициент специфики k-медицинской организации, учитывающий уровень и структуру заболеваемости прикрепленного населения, половозрастной состав прикрепленного населения ( для медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

– коэффициент специфики k-медицинской организации, учитывающий уровень и структуру заболеваемости прикрепленного населения, половозрастной состав прикрепленного населения;

половозрастной коэффициент дифференциации j-половозрастной группы;

численность застрахованных j-половозрастной группы, обслуживаемых k-медицинской организацией, человек;

численность прикрепившихся к k-медицинской организации.

Коэффициенты дифференциации () по j-половозрастным группам прикрепленного населения рассчитываются на 2022 год исходя из стоимости оказанной в амбулаторных условиях медицинской помощи за период с 01 января 2021 года по 31 декября 2021 года и численности прикрепленных лиц по состоянию на 01 января 2021 года.

Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации производится в следующей последовательности:

1. население распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль – один год мужчины/женщины;

один год – четыре года мужчины/женщины;

пять – семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины;

1. определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной прикрепленному населению, на основании реестров счетов за расчетный период в разрезе половозрастной структуры прикрепленных лиц;
2. определяется норматив затрат на одно прикрепленное лицо (Р) без учета возраста и пола по следующей формуле:

Р = З / Чз / М, где

З – затраты на оплату медицинской помощи, оказанной всеми медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, всем прикрепленным лицам за расчетный период;

– число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области, человек.

М – количество месяцев в расчетном периоде;

1. определяются нормативы затрат на одно прикрепленное лицо, попадающее в j-половозрастную группу (Рj) по следующей формуле:

Рj = Зj / Чз j / М, где

Зj – затраты на оплату медицинской помощи, оказанной прикрепленным лицам, попадающим в j-половозрастную группу за расчетный период, рублей;

Чз j – численность прикрепленных лиц, попадающих в j-половозрастную группу, человек;

М – количество месяцев в расчетном периоде;

1. рассчитываются коэффициенты дифференциации по каждой j-половозрастной группе () по следующей формуле:

– норматив затрат на одно прикрепленное лицо, попадающее в j-половозрастную группу, рублей;

Р – норматив затрат на одно прикрепленное лицо без учета возраста и пола, рублей.

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше значение половозрастного коэффициента устанавливается в размере не менее 1,6. 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.

3.8. С целью учета расходов на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) в размере финансирования медицинской организации рассчитывается коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств, распределенный для k-медицинской организации (, по следующей формуле:

= , где

– коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для k-медицинской организации;

– общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением углубленной диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для k-медицинской организации решением Комиссии, рублей;

– общий объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, за исключением , для k-медицинской организации, рублей.

Учитывая, что в соответствии с Программой оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи, объем средств на ее оплату не учитывается при расчете

k-медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

\* \* ПК, где

– дифференцированный подушевой норматив для k-медицинской организации, рублей;

численность прикрепившихся к k-медицинской организации;

ПК – поправочный коэффициент.

Тогда формула расчета будет иметь вид:

1 + .

* 1. Коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц () применяется в отношении медицинских организаций 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. Учитывая, что каждая из вышеуказанных медицинских организаций области обслуживает менее 20 тысяч человек, не может иметь значение менее 1,113.

Значения коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений могут различаться в зависимости от уровня расходов на содержание медицинской организации.

Расходы на содержание k-медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

– расходы на содержание k-медицинской организации, приходящиеся на одного прикрепившегося, рублей;

– расходы на содержание k-медицинской организации, рублей;

численность прикрепившихся к k-медицинской организации, человек;

Для медицинских организаций, находящихся в рабочих поселках, расположенных в непосредственной близости к федеральной автомобильной дороге «Амур» и Транссибирской железнодорожной магистрали, значения коэффициентов дифференциации в зависимости уровня расходов на содержание медицинской организации в расчете на одного застрахованного и численности прикрепленного населения составляют:

– 1,400 – при размере расходов на содержание медицинской организации более 1,2 тыс. рублей, но менее 1,3 тыс. рублей; (*в редакции Дополнительного соглашения № 5 от 15.09.2022)*

– 1,350 – при размере расходов на содержание медицинской организации более 2,5 тыс. рублей, но менее 2,6 тыс. рублей. (*в редакции Дополнительного соглашения № 2 от 21.06.2022)*

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

, 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 20 тысяч человек и расходов на их содержание, определенный для k-медицинской организаций.

доля населения, обслуживаемая f-подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 20 тысяч человек (значение от 0 до 1);

коэффициент дифференциации, применяемый к   
f-подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 20 тысяч человек с учетом расходов на содержание.

* 1. Фактический дифференцированный подушевой норматив для  
     k-медицинской организации () рассчитывается по следующей формуле:

, где

– фактический дифференцированный подушевой норматив для k-медицинской организации, рублей;

– дифференцированный подушевой норматив для   
k-медицинской организации, рублей;

– поправочный коэффициент к дифференцированным подушевым нормативам.

– коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для k-медицинской организации.

* 1. В подушевом нормативе финансирования амбулаторной медицинской помощи медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, учтены включенные в структуру тарифа по обязательному медицинскому страхованию расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, согласно части 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации.
  2. Размер финансового обеспечения k-медицинской организации (), имеющей прикрепившихся лиц, за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях, определяется по следующей формуле:

\* + + + , где

– фактический дифференцированный подушевой норматив для k-медицинской организации, рублей;

численность прикрепившихся к k-медицинской организации, человек;

размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в k-медицинской организации, рублей;

размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) в k-медицинской организации, рублей;

размер средств, направляемых на оплату посещений   
в неотложной форме в k-медицинской организации, рублей;

– объем средств на оплату медицинских услуг и диагностических исследований, оказанных k-медицинской организацией, по самостоятельным тарифам (перечень услуг указан в расшифровке показателя в подпункте 3.3 настоящего Порядка), рублей;

– размер средств, направляемый на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной k-медицинской организацией застрахованным в других субъектах Российской Федерации лицам, рублей.

* 1. Объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи включает стоимость медицинской помощи, оказанную в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара и рассчитывается по следующей формуле:

\*++ + , где

размер финансовых средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи по клинико-статистическим группам, оказываемой в k-медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей;

Остальные показатели формулы указаны в подпункте 3.12.

3.14. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной помощи.

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

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи в определенных [программой](consultantplus://offline/ref=1F18356783C86522166A6DE6B26CFA6DA28C743342E98421AC1EA8FCDAE0ECDD1EA708917855CE1DW0z3X) обязательного медицинского страхования случаях размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из плановых объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

, где

– месячная сумма финансового обеспечения медицинской организации на плановые объемы медицинской помощи, рублей;

– плановые объемы первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

Т – тариф на единицу объема первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, рублей.

Тарифы на посещение с профилактической целью и в связи с заболеванием (посещение к врачу, фельдшеру, акушерке) рассчитываются по каждому коду посещения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении от 12.07.2004, сведениями медицинских организаций Еврейской автономной области о расходах на оказание медицинской помощи.

Тарифы на оплату посещений в связи с оказанием неотложной медицинской помощи установлены в размере финансовых нормативов, установленных Программой на 2022 год за вычетом расходов на оказание стоматологической помощи и межтерриториальных расчетов.

Тарифы комплексного посещения по диспансеризации рассчитаны по каждому коду медицинской помощи, входящей в перечень комплексного посещения по диспансеризации, и представляют собой сумму всех медицинских услуг, входящих в каждую половозрастную группу.

Тарифы комплексного посещения по профилактическим осмотрам рассчитаны по каждому коду медицинской помощи, входящей в перечень комплексного посещения по профилактическим осмотрам, и представляют собой сумму всех медицинских услуг, входящих в каждую половозрастную группу.

Тарифы на условную единицу трудоемкости при оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи рассчитаны исходя из расходов и объемов медицинской помощи ОГБУЗ «Стоматологическая поликлиника».

Тарифы на законченный случай обследования в центрах здоровья формируются как стоимость комплексной услуги. Продолжительность обследования предполагает прохождение непрерывно всех медицинских услуг, включенных в законченный случай.

Тарифы обязательных диагностических исследований для призывников формируются как сумма всех медицинских услуг, входящих в каждую группу призывников.

Тарифы на проведение отдельных диагностических и лабораторных исследований, на которые Программой установлены нормативы, рассчитаны исходя из расходов:

- ОГБУЗ «Областная больница»:

эндоскопические диагностические исследования: эзофагогастродуоденоскопия, бронхоскопия, ректороманоскопия;

- ОГБУЗ «Онкологический диспансер»:

компьютерная томография;

магнитно-резонансная томография;

ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы (эхокардиография);

эндоскопические диагностические исследования:

эндоскопическое исследование внутренних органов (эзофагогастродуоденоскопия), колоноскопия, видеоколоноскопия, видеоларингоскопия, видеориноскопия, бронхоскопия с использованием ультраспектрального метода, видеотрахеобронхоскопия, ректосигмоидоскопия, биопсия слизистой ротоглотки под контролем эндоскопического исследования, биопсия тканей гортани под контролем ларингоскопического исследования, биопсия слизистой оболочки носоглотки под контролем эндоскопического исследования, биопсия слизистой гортаноглотки под контролем эндоскопического исследования, биопсия тканей грушевидного кармана под контролем эндоскопического исследования, эндобронхиальное введение лекарственных препаратов при бронхоскопии, биопсия поджелудочной железы пункционная под контролем ультразвукового исследования биопсия пищевода с помощью эндоскопии, биопсия желудка с помощью эндоскопии, биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии, биопсия тонкой кишки эндоскопическая, биопсия сигмовидной кишки с помощью видеоэндоскопических технологий, биопсия прямой кишки с помощью видеоэндоскопических технологий, биопсия ануса и перианальной области, биопсия ободочной кишки эндоскопическая, эндоскопическое удаление полипов из пищевода, удаление полипа толстой кишки эндоскопическое, эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки, эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования ректосигмоидного соединения, эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования прямой кишки;

патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала: патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала первой категории сложности, патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала второй категории сложности, патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала третьей категории сложности, патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала четвертой категории сложности, патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности;

- ОГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД»:

тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции   
COVID-19.

Молекулярно-генетические исследования на территории области не проводятся. Применяется тариф на исследования того региона, в котором была оказана данная услуга.

Тарифы на проведение ультразвуковой допплерографии сосудов (артерий и вен) нижних конечностей и ультразвуковой допплерографии с медикаментозной пробой рассчитаны исходя из расходов ОГБУЗ «Областная больница».

Тарифы на проведение флюорографии рассчитаны исходя из расходов ОГБУЗ «Областная больница».

Тарифы на проведение диализа, гемофильтрации крови продленной, селективной гемосорбции липополисахаридов рассчитаны исходя из расходов ОГБУЗ «Областная больница».

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

3.15. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации

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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации,   
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 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, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке в размере пяти процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

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

\*+, где

– финансовое обеспечение k-медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, исходя из количества прикрепившихся лиц с учетом оценки показателей результативности, рублей;

– фактический дифференцированный подушевой норматив на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях k-медицинской организацией прикрепившимся лицам, рублей;

– численность застрахованных, прикрепленных к k-медицинской организации, медицинская помощь которой оплачивается по подушевому нормативу на оплату медицинской помощи, оказываемую в амбулаторных условиях, исходя из количества прикрепившихся лиц с учетом оценки показателей результативности, человек;

– размер средств, направляемых на выплаты k-медицинской организации согласно оценке выполнения показателей результативности деятельности, рублей.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией по результатам работы за каждый квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности проводится Комиссией по результатам работы за первое полугодие, год.

Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года ‑ ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь.

Объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, за первое полугодие, составляет до 30% от общего объема средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, запланированного на год.

Оставшийся объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, а также средства, не распределенные между медицинскими организациями по итогам первого полугодия, распределяются между медицинскими организациями на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года ‑ ноябрь текущего года (включительно).

Медицинским организациям локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение показателей результативности деятельности.

Оценка показателей результативности деятельности и порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций установлены приложениями № 56, 57 к Тарифному соглашению.

Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется от 0 до 3 баллов.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – свыше 60 (включительно) процентов показателей.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди k-медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения по следующей формуле:

= , где

средний объем средств, используемый при определении 70 процентов от объема средств на стимулирование k-медицинских организаций II или III группы за отчетный период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

совокупный объем средств на стимулирование k-медицинских организаций за отчетный период, рублей;

численность прикрепленного населения в отчетном периоде ко всем k-медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период.

Например, при осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности за год средняя численность рассчитывается по формуле:

,

где:

среднегодовая численность прикрепленного населения к k- медицинской организации, человек;

численность прикрепленного населения к k-медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца отчетного года, человек;

численность прикрепленного населения к k-медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца отчетного года, человек;

численность прикрепленного населения к k-медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца отчетного года, человек;

численность прикрепленного населения к k-медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца отчетного года, человек.

Объем средств, направляемый в k-медицинскую организацию II или III группы при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности (), рассчитывается следующим образом:

где

бъем средств, направляемый в k-медицинскую организацию II или III группы при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности, рублей;

средний объем средств, используемый при определении 70 процентов от объема средств на стимулирование k-медицинских организаций II или III группы за отчетный период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

численность прикрепленного населения в отчетном периоде к k-медицинской организации II или III группы.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов по следующей формуле:

= , где

средний объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование   
k-медицинских организаций III группы, в расчете на 1 балл, рублей;

совокупный объем средств на стимулирование   
k-медицинских организаций за отчетный период, рублей;

количество баллов, набранных всеми k-медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в k-медицинскую организацию III группы (), рассчитывается по следующей формуле:

= где

объем средств, направляемый в k-медицинскую организацию III группы на стимулирование, рублей;

средний объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование k-медицинских организаций III группы, в расчете на 1 балл, рублей;

- количество баллов, набранных k-медицинской организацией III группы.

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы определяется путем суммирования 1 и 2 частей, в медицинскую организацию II группы – сумма средств, рассчитанная по формуле 1 части, для медицинских организаций I группы – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, следует производить при условии фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

При условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи.

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчёта показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации за расчетный период путем перерасчета к значению за период. (*в редакции Дополнительного соглашения № 7 от 22.11.2022)*