|  |
| --- |
| Приложение № 2  к Тарифному соглашению  в системе ОМС ЕАО на 2020 год  от «30» декабря 2019 года |

(в ред. *Дополнительного соглашения № 1 от 12.02.2020,*

*Дополнительного соглашения № 2 от 30.03.2020,*

*Дополнительного соглашения № 3 от 27.04.2020,*

*Дополнительного соглашения № 4 от 09.06.2020,*

*Дополнительного соглашения № 5 от 30.06.2020,*

*Дополнительного соглашения № 7 от 28.09.2020,*

*Дополнительного соглашения № 10 от 24.12.2020)*

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», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования совместным письмом от 12.12.2019 №11-7/И/2-11779 и № 17033/26-2/и (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. 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 обязательного медицинского страхования на 2020 год, 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 размер финансового обеспечения 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;

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).

* 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 стационаре дневного пребывания () (далее – по клинико-статистической группе определяется по следующей формуле:

, где

БС – 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; устанавливается на федеральном уровне;

– поправочный коэффициент оплаты клинико-статистической группы для конкретного случая (интегрированный коэффициент), рассчитываемый по следующей формуле:

\* , где

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

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

– 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 (условиях дневного стационара) и оплачиваемой по клинико-статистической группе, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы обязательного медицинского страхования за исключением средств, предназначенных для осуществления:

а) межтерриториальных расчетов;

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

в) оплаты услуг диализа, включающих различные методы;

г) 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;

д) оплаты заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, на которые территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

2) суммы планового количества случаев лечения, взвешенных по каждой i-клинико-статистической группе на коэффициент относительной затратоемкости (КЗксгi) и поправочный коэффициент (ПКi).

Базовая ставка (БС) рассчитывается по следующей формуле:

, где

– общий объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования, в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара за исключением средств, перечисленных в абзацах «а», «б», «в», «г», «д» части первой подпункта 2.3 пункта 2 настоящего Порядка;

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

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

= , где

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

– коэффициент относительной затратоемкости i-клинико-статистической группы;

– поправочный коэффициент оплаты i-клинико-статистической группы;

– 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.

2.4. Управленческий коэффициент (КУксг) применяется к клинико-статистической группе в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. Цель установления управленческого коэффициента 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 управленческого коэффициента – от 0,8 до 1,4.

Управленческий коэффициент устанавливается Тарифным соглашением таким образом, чтобы значение средневзвешенного управленческого коэффициента приближалось к единице:

где

– управленческий коэффициент, применяемый к i-клинико-статистической группе;

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

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

Суммирование в числителе и знаменателе формулы осуществляется по клинико-статистическим группам, к которым применяется повышающий или понижающий управленческий коэффициент.

Применение повышающего коэффициента к одним клинико-статистическим группам сопровождается сопоставимым применением понижающего коэффициента к другим клинико-статистическим группам.

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.

Перечень клинико-статистических групп,

к которым не применяются понижающие управленческие коэффициенты

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| КСГ круглосуточного стационара | |
| st13.002 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2) |
| st13.003 | Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии |
| 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.

Перечень клинико-статистических групп,

к которым не применяются повышающие управленческие коэффициенты

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st06.003 | Легкие дерматозы |
| 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 |

Понижающие и повышающие управленческие коэффициенты к клинико-статистическим группам в дневном стационаре применяются аналогично коэффициентам для круглосуточных стационаров.

2.5. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУСмо), отражающий разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, устанавливается в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КУСмо) устанавливаются Тарифным соглашением согласно распределению медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи, определенным в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации в Еврейской автономной области медицинской помощи на 2020 год.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи не применяются к клинико-статистическим группам, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие в большинстве случаев одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи. Перечень клинико-статистических групп, к которым не применяется коэффициент уровня стационара, указан в приложении № 47 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты уровня стационара к клинико-статистическим группам в дневном стационаре применяются аналогично коэффициентам для круглосуточных стационаров. 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 – 0,95;

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

3) для медицинских организаций 3-го уровня – 1,3.

2.6.Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам, устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи в размерах, предусмотренных Тарифным соглашением, а при сверхдлительных сроках госпитализации – согласно расчетной величине.

Сверхдлительной считается госпитализация свыше 30 дней, кроме следующих клинико-статистических групп, у которых сверхдлительной считается госпитализация при сроках пребывания более 45 дней:

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ |
| st10.001 | Детская хирургия (уровень 1) |
| st10.002 | Детская хирургия (уровень 2) |
| 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 |
| st29.007 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма) |
| st32.006 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2) |
| st32.007 | Панкреатит, хирургическое лечение |
| st33.007 | Ожоги (уровень 5) |

Значение коэффициента сложности лечения пациента определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлительного пребывания определяется с учетом расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

, где

– коэффициент сложности лечения пациента;

– коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов в следующих размерах:

– 0,25 – для обычных отделений,

– 0,4 – для реанимационных отделений;

– фактическое количество койко-дней;

– нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением клинико-статистических групп, для которых установлен срок 45 дней).

Расчеты суммарного значения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП при наличии нескольких критериев выполняются по следующей формуле:

КСЛПСУММ = КСЛП1 + (КСЛП2-1) + (КСЛПn-1)

При этом суммарное значение коэффициента сложности лечения пациента при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации.

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное суммарное значение коэффициента сложности лечения пациента, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

1. Методика расчета финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи

3.1. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2020 год, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

, где

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексные посещения в связи с диспансеризацией, посещения иными целями), посещений;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексные посещения в связи с диспансеризацией, посещения иными целями), рублей;

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

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

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

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (, рассчитывается по следующей формуле:

, где

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

– средний норматив объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров (включая первое посещение для проведения диспансерного наблюдения);

– средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров (включая первое посещение для проведения диспансерного наблюдения);

– средний норматив объема медицинской помощи для проведения диспансеризации;

– средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований;

– средний норматив объема на посещение с иными целями (включая посещения для проведения диспансерного наблюдения (за исключением первого посещения), посещения для проведения второго этапа диспансеризации, разовые посещения в связи с заболеваниями, посещения центров здоровья, посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, посещения с другими целями (патронаж, выдача справок и другие));

– средний норматив финансовых затрат на посещение с иными целями (включая посещения для проведения диспансерного наблюдения (за исключением первого посещения), посещения для проведения второго этапа диспансеризации, разовые посещения в связи с заболеваниями, посещения центров здоровья, посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, посещения с другими целями (патронаж, выдача справок и другие));

* 1. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, в расчете на одно застрахованное лицо (определяется по следующей формуле:

, где

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

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

– число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области;

размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования размерами финансового обеспечения 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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

размер средств, направляемых на оплату посещений   
в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

не включают средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу медицинской помощи застрахованным лицам за пределами области.

* + 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;

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

- размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов b-типа;

- поправочный коэффициент к размеру финансового обеспечения 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 0,6 или 1,0 к размеру финансового обеспечения, определенного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

– 0,6 – при укомплектованности средним медицинским персоналом менее 1,0 должности;

– 1,0 – при укомплектованности средним медицинским персоналом не менее 1,0 должности. (в ред. *Дополнительного соглашения № 2   
от 30.03.2020)*

В территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей устанавливается размер финансового обеспечения, с учетом коэффициента 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей, для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих более 2000 жителей, устанавливается размер финансового обеспечения на уровне размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 1500 до 2000 жителей.

Для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей и более 2000 жителей устанавливается значение коэффициента, равное 1,0 к размеру финансового обеспечения, определенного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. (в ред. *Дополнительного соглашения № 1 от 12.02.2020).*

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

3.2.2. Объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рассчитывается по следующей формуле:

где

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Чзчисло застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области.

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

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

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

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

= , где

азовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

– объем средств на оплату медицинских услуг и диагностических исследований по самостоятельным тарифам амбулаторных условиях, включая расходы на оплату:

абзац исключен *(в ред. Дополнительного соглашения № 7 от 22.09.2020);*

абзац исключен *(в ред. Дополнительного соглашения № 7 от 22.09.2020);*

– диализа в амбулаторных условиях;

– стоматологической медицинской помощи;

– законченных случаев обследования в Центрах здоровья;

– врачебное обследование;

– расширенного обследования спортсменов;

– услуг спирально-компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии;

– услуг по аэровоздействию, спелеовоздействию, галотерапии;

– забора материала для проведения анализа на определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в мазках со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки методом ПЦР; (в ред. *Дополнительного соглашения № 4 от 09.06.2020);*

– 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;

– ультразвуковой допплерографии сосудов (артерий и вен) нижних конечностей и ультразвуковой допплерографии с медикаментозной пробой;

– ультразвуковой допплерографии сосудов (артерий и вен) верхних конечностей; (в ред. *Дополнительного соглашения № 4 от 09.06.2020);*

– дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий и дуплексного сканирования сосоудов (артерий и вен) нижних конечностей; (в ред. *Дополнительного соглашения № 4 от 09.06.2020);*

– расшифровка, описания и интерпретации электрокардиографических данных; (в ред. *Дополнительного соглашения № 4 от 09.06.2020);*

– 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;

– число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области.

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

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

азовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

коэффициент уровня оказания медицинской помощи, к которому относится k-медицинская организация;

– половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для k-медицинской организации;

- коэффициент дифференциации на прикрепившихся к   
k-медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа.

* + 1. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования определяются с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи (, установленного в Тарифном соглашении для групп медицинских организаций согласно подпункту 5.2 Требований к структуре и содержанию Тарифного соглашения.

Значения коэффициентов уровня для амбулаторной медицинской помощи могут отличаться от значений коэффициентов для стационарной и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

3.4.2. Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

– половозрастной коэффициент k-медицинской организации;

половозрастной коэффициент дифференциации j-половозрастной группы;

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

численность прикрепившихся к k-медицинской организации.

Коэффициенты дифференциации (КДпв j) по j-половозрастным группам прикрепленного населения рассчитываются на 2020 год исходя из стоимости оказанной в амбулаторных условиях медицинской помощи за период с 01 ноября 2018 года по 31 октября 2019 года и численности прикрепленных лиц по состоянию на 01 ноября 2018 года. (в ред. *Дополнительного соглашения № 1 от 12.02.2020).*

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; (в ред. *Дополнительного соглашения № 1 от 12.02.2020)*;

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.

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;

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

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;

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

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.

3.4.3. 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 врачебных амбулаторий, являющихся подразделениями центральных районных больниц и районных больниц. Учитывая, что численность населения г. Облучье и каждого другого населенного пункта области 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;

– расходы на содержание k-медицинской организации;

численность прикрепившихся к k-медицинской организации;

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:

– 1,115 – при размере расходов на содержание медицинской организации менее 1,0 тыс. рублей; (в ред. *Дополнительного соглашения   
№ 10 от 24.12.2020)*;

– 1,315 – при размере расходов на содержание медицинской организации менее 2,0 тыс. рублей и численности прикрепленного населения менее 9,0 тыс. человек; (в ред. *Дополнительного соглашения № 10 от 24.12.2020)*;

– 1,83 – при размере расходов на содержание медицинской организации более 4,0 тыс. рублей. (в ред. *Дополнительного соглашения   
№ 10 от 24.12.2020)*;

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 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. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент по следующей формуле:

=

ПКпн – поправочный коэффициент к дифференцированным подушевым нормативам;

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

– численность прикрепившихся к k-медицинской организации.

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

– фактический дифференцированный подушевой норматив для k-медицинской организации;

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

ПКпн – поправочный коэффициент к дифференцированным подушевым нормативам.

* 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, продуктов питания, 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), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), 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. (в ред. *Дополнительного соглашения № 1 от 12.02.2020).*
  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;

численность прикрепившихся к k-медицинской организации;

размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, 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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в k-медицинской организации, рублей;

размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в k-медицинской организации, рублей;

размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в k-медицинской организации, рублей;

размер средств, направляемых на оплату посещений   
в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, 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 показателя формулы указаны в подпункте 3.7.

3.9. 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;

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

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

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 Территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2020 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 на врачебное обследование лиц, занимающихся физкультурой и спортом, формируются аналогично тарифу на посещение к врачу в поликлинике, но с большей продолжительностью приема.

Тарифы углубленного медицинского обследования лиц, занимающихся спортом, на различных этапах спортивной подготовки формируются как сумма всех медицинских услуг, входящих в каждую группу спортивной подготовки.

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 территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 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;

Гистологическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний:

патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала первой категории сложности, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала второй категории сложности, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала третьей категории сложности, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала четвертой категории сложности, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности. (в ред. *Дополнительного соглашения № 1 от 12.02.2020).*

Молекулярно-генетические исследования на территории области не проводятся. Применяется тариф на исследования того региона, где была проведена 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».

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.

3.8. Методика расчета финансового обеспечения амбулаторной 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 (за единицу объема медицинской помощи)

Размер финансового обеспечения k-медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу на оплату медицинской помощи, оказываемую в амбулаторных условиях, исходя из количества прикрепившихся лиц с учетом оценки показателей результативности рассчитывается 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;

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

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

– доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям при достижении значений целевых показателей результативности деятельности, (%);

– размер средств, направляемых на выплаты k-медицинской организации по результатам оценки показателей результативности деятельности.

Размер средств, направляемых на выплаты k-медицинской организации согласно оценке выполнения показателей результативности деятельности, определяется по следующей формуле:

где

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

– средняя стоимость балла в расчете на одного застрахованного;

– количество баллов k-медицинской организации согласно оценке выполнения показателей результативности;

– численность застрахованных, прикрепленных к k-медицинской организации.

Средняя стоимость балла в расчете на одного застрахованного определяется по следующей формуле:

= , где

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

– численность застрахованных, прикрепленных к k-медицинской организации;

– доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям при достижении значений целевых показателей результативности деятельности, (%);

– количество баллов медицинских организаций, полученное как сумма произведений количества баллов каждой медицинской организации на численность прикрепленных лиц к каждой медицинской организации: