Приложение №12

к Соглашению на 2021 год

**Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов на территории Республики Калмыкия на 2021 год**

1. **Порядок определения размера дифференцированного подушевого норматива финансирования оплаты медицинской помощи,**

**оказанной в амбулаторных условиях**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования страховых медицинских организаций предназначены для определения размера финансовых средств для финансирования страховых медицинских организаций, в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста.

Расчет объемов финансирования страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам осуществляется Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия ежемесячно и утверждается директором ТФ ОМС Республики Калмыкия.

Расчет подушевого норматива финансирования осуществляется исходя из:

- численности застрахованных лиц состоянию на 1 число месяца, за который страховыми медицинскими организациями будет осуществляться оплата медицинской помощи распределенных на следующие половозрастные группы (далее - половозрастные группы):

до года 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;

- объема финансовых средств, предусмотренных на формирование подушевого норматива финансирования (для расчета базового (среднего) подушевого норматива финансирования)

В соответствии с подпунктом 2 пункта 6.3 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года
№ 1397н (далее – Требования), на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$ФО\_{СР}^{АМБ}=\frac{\left(Но\_{ПРОФ}×Нфз\_{ПРОФ}+Но\_{ОЗ}×Нфз\_{ОЗ}+Но\_{НЕОТЛ}×Нфз\_{НЕОТЛ}\right)×Чз-ОС\_{МТР}}{Чз}$,
где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$ФО\_{СР}^{АМБ}$$ | – | средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей; |
|  |  |  |
| $$Но\_{ПРОФ}$$ | – | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
|  |  |  |
| $$Но\_{ОЗ}$$ | – | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений; |
|  |  |  |
| $$Но\_{НЕОТЛ}$$ | – | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
|  |  |  |
| $$Нфз\_{ПРОФ}$$ | – | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  |  |  |
| $$Нфз\_{ОЗ}$$ | – | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  |  |  |
| $$Нфз\_{НЕОТЛ}$$ | – | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  |  |  |
| $$ОС\_{МТР}$$ | – | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Республики Калмыкия, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  |  |  |
| $$Чз$$ | – | численность застрахованного населения Республики Калмыкия, по состоянию на 01 декабря 2020 г. человек. |

**2. Определение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования**

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельностипри оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях (далее – коэффициент приведения в амбулаторных условиях) рассчитывается по следующей формуле:

$Пр\_{АМБ}= \frac{ПН\_{БАЗ}}{ФО\_{СР}^{АМБ}}$, где:

$Пр\_{АМБ}$ – коэффициент приведения в амбулаторных условиях;

$ПН\_{БАЗ}$ – базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$ПН\_{А}=\frac{ФО\_{СР}^{АМБ}×Ч\_{З}-ОС\_{ФАП}-ОС\_{ИССЛЕД}-ОС\_{ПО}-ОС\_{ДИСП}-ОС\_{НЕОТЛ}+ОС\_{НЕОТЛ(ФАП)}}{Ч\_{З}}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНА | подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, рублей; |
| ОСФАП | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;  |
| ОСИССЛЕД | размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;  |
| $$ОС\_{ПО}$$ | размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей |
| $$ОС\_{ДИСП}$$ | размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей |
| ОСНЕОТЛ | размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| $$ОС\_{НЕОТЛ(ФАП)}$$ | размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, рублей |

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

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (ОСФАП), рассчитывается
в соответствии с разделом 2.8 и включает в себя в том числе объем средств на оплату медицинской помощи в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах в неотложной форме.

Учитывая, что средства на оплату медицинской помощи в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах учтены
как в нормативе финансовых затрат на одно посещение в неотложной форме, установленном территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, так и в размерах финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, при определении подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях целесообразно исключить дублирование указанных расходов.

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

ОСИССЛЕД = $\sum\_{}^{}(Но\_{j} × Нфз\_{j})× ЧЗ$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$Но\_{j}$$ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| $$Нфз\_{j}$$ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| $$ЧЗ$$ | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек. |

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

ОСНЕОТЛ = НоНЕОТЛ × НфзНЕОТЛ × ЧЗ.

**3. Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПНА), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

$ПН\_{БАЗ}=ПН\_{А}-\frac{ОС\_{ЕО}}{Ч\_{З}}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | базовый подушевой норматив финансирования, рублей; |
| ОСЕО | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей. |

В тарифном соглашении рекомендуется устанавливать базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, используемый для расчета коэффициента приведения в амбулаторных условиях, а также перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования. При этом в субъекте Российской Федерации в подушевой норматив могут не включаться отдельные виды расходов (на стоматологическую медицинскую помощь, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» и т.п., на проведение отдельных видов диагностических исследований и др.).

Учитывая, что Программой не установлено требования об исключении средств на оплату тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции из подушевого норматива финансирования, финансовое обеспечение указанных расходов в субъекте Российской Федерации может осуществляться с использованием подушевого норматива финансирования.

В базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с заключенным тарифным соглашением) и межтерриториальных (осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования) расчетах, в соответствии
с Требованиями.

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

**4. Правила применения коэффициента специфики оказания медицинской помощи**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации должны определяться дифференцированно с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи.

С учетом объективных критериев, основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, коэффициенты специфики могут определяться дифференцированно в зависимости от уровня (подуровня)медицинской организациис установлением коэффициентов по каждому подуровню. При этом в соответствии с Требованиями в качестве таких критериев могут использоваться плотность населения, транспортная доступность, уровень и структура заболеваемости обслуживаемого населения, климатические и географические особенности регионов, достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, районные коэффициенты к заработной плате и процентные надбавки к заработной плате за стаж работы в районахКрайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях
с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными
и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации
и Союза ССР или коэффициента ценовой дифференциации бюджетных
услуг (в случае их установления на территории субъекта Российской Федерации).

При расчете коэффициентаспецификиоказания медицинской помощи учитывается половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации (пункт 2.5 настоящего раздела Методических рекомендаций).

Значения коэффициентаспецифики оказания медицинской помощи устанавливаются самостоятельно субъектом Российской Федерации.

При этом снижение размера финансового обеспечения медицинской организации с учетом наличия у нее подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, по сравнению с уровнем предыдущего года недопустимо (без учета применения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($КД\_{ОТ}^{i}$).

**5. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в субъекте Российской Федерации при расчете значений коэффициента специфики оказания медицинской помощиучитываются половозрастные коэффициенты дифференциации. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период, и устанавливаются в тарифном соглашении.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива выполняется следующий алгоритм:

Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на половозрастные группы. Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на следующие половозрастные группы:

1) до года мужчины/женщины;

2) год - четыре года мужчины/женщины;

3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;

4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

При этом субъект Российской Федерации вправе дифференцировать данные половозрастные группы.

Все лица, застрахованные в субъекте Российской Федерации в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода.

Определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам - на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) в субъекте Российской Федерации (без учета возраста и пола) по формуле:

$Р=З÷М÷Ч$, где:

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

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

$Р\_{j}=З\_{j}÷М÷Ч\_{j}$, где:

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

Рассчитываются коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

$КД\_{j}=Р\_{j}÷Р$.

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

В случае, если медицинская организация имеет структуру прикрепленного к ней населения равную структуре населения в целом по субъекту Российской Федерации, она имеет значение половозрастного коэффициента дифференциации равное 1.

В случае, если структура прикрепленного к медицинской организации населения отличается от структуры населения в целом по субъекту Российской Федерации, то значения половозрастных коэффициентов дифференциации для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

$КД\_{ПВ}^{i}=\sum\_{j}^{}(КД\_{ПВ}^{j}×Ч\_{З}^{j})/Ч\_{З}^{i}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$КД\_{ПВ}^{i}$$ | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций; |
| $$КД\_{ПВ}^{j}$$ | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы); |
| $$Ч\_{З}^{j}$$ | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек; |
| $$Ч\_{З}^{i}$$ | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек. |

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

**6. Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся
к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений,расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения
до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала**

Указанный коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (КДОТ) применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

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

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

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

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

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

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

$КД\_{ОТ}^{i}=\left(1-\sum\_{}^{}Д\_{ОТj}\right)+\sum\_{}^{}(КД\_{ОТj}×Д\_{ОТj})$, где

|  |  |
| --- | --- |
| $$КД\_{ОТ}^{i}$$ | коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организаций (при наличии). |
| $$Д\_{ОТj}$$ | доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1); |
| $$КД\_{ОТj}$$ | коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала. |

**7. Расчет значений коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)**

При определении дифференцированных подушевых нормативов финансирования учитывается объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), распределенный для медицинской организации, путем расчета следующего коэффициента:

$$КУ\_{МО}^{i} = \frac{ОС\_{проф}^{i}+ОС\_{ПНФ-проф}^{i}}{ОС\_{ПНФ-проф}^{i}}, где:$$

$КУ\_{МО}^{i}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i-той медицинской организации;

$ОС\_{проф}^{i}$ – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий в рамках 2 этапа диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i-той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$\sum\_{}^{}ОС\_{ПНФ-проф}$ – общий объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, за исключением$ОС\_{проф}^{i}$, рублей.

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

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

$ДП\_{Н}^{i}=ФО\_{СР}^{АМБ}×Пр\_{АМБ}×КC\_{МО}^{i}× КУ\_{МО}^{i} ×КД\_{ОТ}^{i}×КД^{i}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$ДП\_{Н}^{i}$$ | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
| $$КД\_{}^{i}$$ | Коэффициент дифференциации i-той медицинской организации(применяется в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации). |

$КД\_{}^{i}$используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.

В случае если коэффициент дифференциации является единым для всей территории субъекта Российской Федерации, данный коэффициент учитывается в базовом подушевом нормативе финансирования.

В случае применения $КД\_{}^{i}$ следует исключить из расчета коэффициента специфики оказания медицинской помощи применение коэффициентов, учитывающих аналогичные особенности.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ ПК=\frac{ФО\_{СР}^{АМБ}×Пр\_{АМБ}×Ч\_{З}}{\sum\_{i}^{}(ДПн^{i}×Ч\_{З}^{i})}$$

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

$ФДПн^{i}=ДПн^{i}×ПК$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. |