Приложение 2.1

к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

от 30.01.2025 года № 1/2025

**Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи, в 2025 году**

**1. Расчет ежемесячного размера финансового обеспечения по дифференцированному подушевому нормативу медицинских организаций**

1.1. ~~Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:~~

~~- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;~~

~~- расходов на проведение отдельных диагностических исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, иных диагностических исследований, предусмотренных Приложением 7 к Соглашению № 1/2025);~~

~~- расходов на оплату медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;~~

~~- расходов на медицинскую помощь, оказанную в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах;~~

~~- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;~~

~~- расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц~~~~;~~

~~- расходов на оплату диспансерного наблюдения;~~

~~- расходов на оплату посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом;~~

~~- расходов на оплату услуг диализа;~~

~~- расходов на оплату консультативных посещений с иной целью, консультативных обращений по заболеванию;~~

~~- расходов на оплату посещений центров здоровья.~~

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на проведение отдельных диагностических исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, иных диагностических исследований, предусмотренных Приложением 7 к Соглашению № 1/2025);

- расходов на оплату медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказанной в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- расходов на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров;

- расходов на оплату диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе углубленной диспансеризации);

- расходов на оплату диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

- расходов на оплату диспансерного наблюдения;

- расходов на оплату посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом;

- расходов на оплату услуг диализа;

- расходов на оплату консультативных посещений с иной целью, консультативных обращений по заболеванию;

- расходов на оплату посещений центров здоровья;

- расходов на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации.[[1]](#footnote-1)

1.2. С учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания амбулаторной медицинской помощи рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации (округляется до двух знаков после запятой) по следующей формуле:

**ДПн = ПНбаз** х**КДпв** х **КДур** х **КДзп** х **КДот** х **КД**, где

**ДПн**–дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации в расчете на год;

**ПНбаз** – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц на год;

**КДпв** – коэффициент половозрастного состава, учитывающий половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, включая оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше (в соответствии с Таблицей 1):

Таблица 1

Половозрастные коэффициенты дифференциации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Половозрастные группы застрахованных лиц | | | | | | | | | |
| моложе трудоспособного возраста | | | | | | трудоспособный возраст | | старше трудоспособного возраста | |
| 0-1 года | | 1-4 года | | 5-17 лет | | 18-64 лет | | 65 лет и старше | |
| Муж | Жен | Муж | Жен | Муж | Жен | Муж | Жен | Муж | Жен |
| 2,6360 | 3,1506 | 2,3655 | 2,7908 | 1,5510 | 1,6869 | 1,0346 | 0,5354 | 1,6000 | 1,6000 |

**КДур** – коэффициент уровня расходов медицинской организации (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

**КДзп** – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренный «дорожными картами» развития здравоохранения в Камчатском крае;

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

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, в размере 1,113,

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, в размере 1,04;

**КД** – коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи.

1.3. Для расчета фактического дифференцированного подушевого норматива для медицинской организации на месяц годовое значение **ДПн** делится на 12 (в декабре учитывается фактическое финансирование с начала года).

1.4. Расчет размера финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования медицинской организации на месяц, в котором оказывается медицинская помощь, производится страховыми медицинскими организациями с учетом фактического дифференцированного подушевого норматива медицинской организации на месяц и численности прикрепленных граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, по состоянию на 01 число текущего месяца по формуле:

**ФОмес = ДПнмес** х **Чзпр + ∑ФАП/12 + ФОрд**, где

**ФОмес**– размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, на текущий месяц;

**Чзпр** – численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, по состоянию на 01 число месяца, в котором оказана медицинская помощь;

**ФОрд**– размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

**ФАП** – годовой размер финансового обеспечения всех фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, являющихся структурными подразделениями соответствующей медицинской организации, установленный в соответствии с приложением 2.3 к Соглашению № 1/2025.

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов   
в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 № 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:

ФАП = ОСфп/фап + (ФАПуточн х (12-количество месяцев в предыдущем периоде) / 12, где

ОСфп/фап – фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта,

ФАПуточн – годовой размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с учетом изменившейся численности обслуживаемого населения.

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

1.5. В целях организации учета объемов финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в разрезе целей её оказания страховая медицинская организация производит расчет приведенных сумм финансового обеспечения медицинской организации на текущий месяц в следующем порядке:

1. приведенный объем финансового обеспечения на текущий месяц амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями (**ФОамб.посещ.**) определяется по формулам:



**=** х **0,08333;**



**=** , где



k – период расчета (с января по март);

m – период расчета (с апреля по декабрь);

– приведенный объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями на определенный месяц (с января по март);



– приведенный объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями на определенный месяц (с апреля по декабрь);



– объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями, установленный решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае на 2025 год;



1. приведенный объем финансового обеспечения на текущий месяц амбулаторной медицинской помощи в части обращений по заболеванию (**ФОамб.обращ.**) определяется по формуле:

**ФОамб.обращ. = ФОмес - ФОамб.посещ.,** где

**ФОмес**– размер финансового обеспечения медицинской организации по подушевому нормативу с учетом объема финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов на текущий месяц.

1. при расчете приведенного объема финансового обеспечения на октябрь-декабрь производится корректировка расчета, произведенного в соответствии с подпунктами 1 и 2, с учетом фактических объемов финансирования медицинской помощи.

1.6. Расчет ФОрд (размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности) осуществляется с учетом критериев и на основании методики расчета выплат стимулирующего характера при достижении целевых значений показателей результативности медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу, при реализации Территориальной программы ОМС в Камчатском крае, утвержденных в соответствии с приложением 10 к Соглашению № 1/2025.

1.7. Сведения о размере финансового обеспечения по подушевому нормативу на текущий месяц направляются страховой медицинской организацией в медицинскую организацию и территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 28 числа текущего месяца по установленной форме.

1.8. Оплата страховыми медицинскими организациями лабораторных и иных диагностических исследований, проведенных на базе централизованных лабораторий осуществляется страховыми медицинскими организациями за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации, направившей на лабораторные исследования.

1.9. Оплата медицинской помощи (в части посещений с иными целями и обращений по заболеванию), оказанной гражданам, не прикрепленным к соответствующей медицинской организации (далее – МО-исполнитель), по направлениям, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина, имеющей лицензию на оказание соответствующей медицинской помощи, но не имеющей специалиста соответствующего профиля (за исключением случаев плановой консультативно-диагностической помощи в амбулаторных условиях по направлениям в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Камчатского края от 12.09.2014 № 774), осуществляется страховыми медицинскими организациями за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации, направившей на консультацию, лечение, на основании актов сверки с приложением поимённых списков пациентов, в отношении которых были оформлены направления;

**2. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной**

**медицинской организацией**

**2.1.** Медицинская организация представляет территориальному фонду ОМС Камчатского края сформированные реестры счетов и счета на оплату оказанной медицинской помощи, с учетом следующих особенностей:

**2.1.1.** Отдельно формируется реестр счета и счет на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края.

Указанные реестр счета и счет формируются по тарифам за единицу объема (посещение, обращение, медицинскую услугу) в порядке, предусмотренном для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

**2.1.2.** Отдельно формируется счет на оплату по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях гражданам, застрахованным в Камчатском крае.

2.1.2.1. В реестр счета включаются сведения об оказанной гражданам медицинской помощи в амбулаторных условиях:

– обращения по поводу заболеваний;

– посещения с иными целями;

­– посещения с иными целями и обращения по заболеванию в фельдшерских здравпунктах и фельдшерско-акушерских пунктах (к указанным случаям применяется индивидуальный коэффициент соответствия (Кфп/фап)).

В реестре счета заполняются персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанной им в отчетном периоде амбулаторной медицинской помощи по тарифам, установленным за единицу объема (посещение, обращение, медицинскую услугу).

2.1.2.2. Счет на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования заполняется по установленной форме с обязательным указанием:

- численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации по состоянию на 01 число месяца, в котором оказана медицинская помощь;

- размера финансового обеспечения на текущий месяц (на основании данных, полученных от соответствующей страховой медицинской организации);

- суммы к оплате, соответствующей рассчитанному размеру финансового обеспечения на текущий месяц, с учетом положений п. 2.1.2.3 настоящего Порядка.

2.1.2.3. При предъявлении к оплате счетов и реестров счетов за оказанную амбулаторную медицинскую помощь, осуществляется расчет индивидуального коэффициента соответствия в целях приведения итоговой суммы по реестру в соответствие с размером суммы по счету на оплату по подушевому финансированию амбулаторной медицинской помощи, за расчетный месяц.

Индивидуальный коэффициент соответствия (Кподуш) рассчитывается медицинской организацией по каждой страховой медицинской организации отдельно для посещений с иной целью, отдельно для обращений по поводу заболевания по следующей формуле:

**Кподуш = СУМподуш / СУМ**, где

**СУМподуш** – сумма по счету в размере рассчитанного финансового обеспечения медицинской организации на текущий месяц.

**СУМ** – стоимость оказанной амбулаторной медицинской помощи по тарифам в соответствии с реестром счета (до применения индивидуального коэффициента).

**Кфп/фап = (ФАП/12) / СУМфп/фап**, где

**СУМфп/фап** – стоимость оказанной фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами амбулаторной медицинской помощи по тарифам в соответствии с реестром счета (до применения индивидуального коэффициента).

Индивидуальный коэффициент соответствия (округляется до четырех знаков после запятой) применяется ко всем услугам, включенным в реестр счета на оплату оказанной медицинской помощи.

Далее рассчитывается сумма коррекции, как разница между суммой по счету в размере рассчитанного финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи на текущий месяц и стоимости по тарифу в соответствии с реестром счета после применения индивидуального коэффициента, которая применяется к сумме, указанной в счете.

После применения индивидуального коэффициента соответствия и корректировки суммы по счету соответствующий счет и реестр счета предъявляются к оплате в установленном порядке.

2.1.2.4. Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные территориальным фондом обязательного медицинского страхования Камчатского края после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете (по установленной форме) по тарифам в соответствии с учетом Кподуш.

**2.1.3.** Отдельно формируется счет и реестр счета на оплату:

– диагностических услуг, указанных в приложении 7 к Соглашению 1/2025;

– комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»;

– посещений в неотложной форме;

– посещений в связи с проведением профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами;

– комплексных посещений в рамках диспансерного наблюдения;

– посещений с иными целями и обращений по заболеванию по направлениям, выданным иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина.

– комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом;

– консультативных посещений с иной целью, консультативных обращений по заболеванию;

– посещений центров здоровья;

– посещений в связи с проведением второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации.[[2]](#footnote-2)

**2.2.** Страховые медицинские организации ежемесячно в сроки, предусмотренные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оплачивают счета медицинской организации за оказанную медицинскую помощь с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Уменьшение оплаты, применение штрафных санкций по результатам контроля осуществляется исходя из тарифов за 1 посещение с иной целью, обращение по заболеванию с учетом подушевого финансирования и поправочных коэффициентов.

1. В редакции Дополнительного соглашения 3-2025 от 25.02.2025 г. с 01.03.2025 г. [↑](#footnote-ref-1)
2. В редакции Дополнительного соглашения 3-2025 от 25.02.2025 г. с 01.03.2025 г. [↑](#footnote-ref-2)