

## **Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

### **1. Общие положения**

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) осуществляется в следующих случаях:

1) оказание первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

2) оказание первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по ОМС за пределами Архангельской области;

3) оказание медицинской помощи в неотложной форме;

4) оказание первичной медико-санитарной помощи, не вошедшей в расчет подушевого норматива финансирования, а именно:

оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи врачами-специалистами, за исключением врачей-специалистов, указанных в пункте 2 настоящего Порядка;

диспансеризация определенных групп взрослого населения, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

медицинские осмотры несовершеннолетних, проводимые в соответствии с порядками, утверждаемыми приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации; профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних в связи с занятиями физической культурой и спортом;

профилактические осмотры взрослого населения, проводимые в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»;

проведение вспомогательных репродуктивных технологий (перенос размороженного криоконсервированного эмбриона в полость матки (криоперенос));

законченный случай и повторный прием в Центрах здоровья;

5) оказание медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), при:

проведении исследований методом магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ);

проведении радионуклидных диагностических (сцинтиграфических) исследований;

проведении услуг в рамках второго этапа диспансеризации взрослого населения;

дополнительном проведении обследования в рамках второго этапа диспансеризации детей-сирот, профилактических осмотров несовершеннолетних;

проведении обследования по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка в кабинетах пренатальной диагностики;

применении (использовании) телемедицинских технологий;

проведении дополнительных исследований при подготовке к программе вспомогательных репродуктивных технологий;

проведении заместительной почечной терапии в амбулаторных условиях.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), осуществляется в случаях оказания первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, имеющих прикрепившееся население, в плановой форме следующими врачами-специалистами:

врач педиатр-участковый;

врач-терапевт участковый;

врач общей практики (семейный врач);

врач-терапевт участковый цехового врачебного участка;

врач-невролог;

врач-хирург;

врач-оториноларинголог;

фельдшер.

## **2. Порядок расчета тарифа за посещение с профилактическими и иными целями, за обращение по поводу заболевания**

3. Для целей настоящей главы используются следующие основные понятия и термины:

- базовая ставка (БС) – средний объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в расчете на одно посещение с профилактическими и иными целями, определенный исходя из нормативов объемов амбулаторной медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема амбулаторной медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий;

- коэффициент относительной затратоемкости (КЗ) - устанавливаемый относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности,

отражающий отношение его затратно-емкости к базовой ставке;

- управленческий коэффициент (КУ) - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф посещения с целью учета региональных особенностей оказания амбулаторной медицинской помощи;

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях;

- коэффициент дифференциации (КД) - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

4. Из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исключаются средства:

1) при планировании объема средств на оказание медицинской помощи с профилактическими и иными целями (посещения):

- диспансеризации взрослого населения; пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

- профилактических медицинских осмотров взрослого населения, проводимых в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, проводимых в соответствии с порядком проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

- стоматологической медицинской помощи в части посещений с профилактическими и иными целями;

- законченный случай в Центрах здоровья, а так же с использованием передвижного мобильного комплекса;

- первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным за пределами Архангельской области, в части посещений с профилактическими и иными целями;

2) при планировании объема средств на оказание медицинской помощи в связи с обращениями по поводу заболеваний:

- заместительной почечной терапии (диализа) в амбулаторных условиях;

- стоматологической медицинской помощи в части обращений по поводу заболеваний;

- медицинских услуг, в том числе комплексной медицинской услуги, оказанной врачом-офтальмологом при проведении аппаратного лечения детям с заболеванием глаза, его придаточного аппарата и орбиты, комплексного

уродинамического исследования (КУДИ), обследования беременных при постановке на диспансерный учет при первой явке, а также в третьем триместре беременности, при подготовке к программе вспомогательных репродуктивных технологий, исследований при диагностике заболеваний (новообразований) органов женской репродуктивной системы в диагностическом центре «Белая роза», обследования по пренатальной (дородовой) диагностики, исследований методами методы магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ), радионуклидное диагностическое (сцинтиграфическое) исследование, размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос);

- медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий;
- первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным за пределами Архангельской области, в части обращений по поводу заболеваний.

5. Расчет базовой ставки финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в части посещений с профилактической и иными целями.

Базовая ставка (БС) финансирования рассчитывается по следующей формуле:

$$БС = \frac{ОС}{\sum_{noc} Ч_{noc} * СПК}, \text{ где}$$

ОС - общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в части посещений с профилактической и иными целями;

Ч *noc* – общее плановое количество посещений с профилактической и иными целями;

СПК – средний поправочный коэффициент оплаты посещения.

Стоимость одного посещения с профилактической и иными целями определяется по следующей формуле:

$$С_{noc} = БС \times ПК \times КД, \text{ где}$$

БС – базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в части посещений с профилактической и иными целями;

ПК – поправочный коэффициент оплаты посещения (как интегрированный коэффициент оплаты).

КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», представлен в Таблице 1 настоящего Порядка.

Таблица 1

Показатель	Значение показателя		
	для местностей, приравненных к районам Крайнего Севера	для районов Крайнего Севера	для территории островов Северного Ледовитого океана (о. Новая Земля)
Коэффициент дифференциации	1,574	1,924	2,484

Поправочный коэффициент оплаты посещения для конкретной специальности рассчитывается с учетом поправочных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$ПК = КЗ_{noc} \times КУ_{noc} \times КУС_{noc}, \text{ где:}$$

$КЗ_{noc}$  – коэффициент относительной затратоемкости (относительный коэффициент стоимости посещения) с учетом специальности представлен в Таблице 5 настоящего Порядка;

$КУ_{noc}$  – управленческий коэффициент;

$КУС_{noc}$  – коэффициент уровня оказания медицинской помощи;

Перечень основных групп специальностей, медицинских специальностей, а также поправочных коэффициентов стоимости представлены в таблице 2.

Таблица 2

## Поправочные коэффициенты стоимости

№ п/п	Основные группы специальностей	№ п/п	Специальности	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности	Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении	Коэффициент кратности посещений в одном обращении
1	Кардиология и ревматология	1	Врач-кардиолог	0,9740	3,10	1,07
		2	Врач-детский кардиолог			
		3	Врач-ревматолог			
			Итого			
2	Педиатрия	4	Врач-педиатр	1,2900	2,80	0,97
		5	Врач-педиатр участковый			
3	Терапия	6	Врач-терапевт	0,8682	2,70	0,95
		7	Врач-терапевт участковый (цеховый)	0,8682	2,70	0,95
		8	Врач общей практики (семейный врач)	1,0000	2,70	0,95
		9	Врач-гериатр	1,0000	2,70	0,95
		10	Врач-физиотерапевт	0,7800	2,70	0,95
		11	Врач-гастроэнтеролог	1,1000	2,70	0,95
		12	Врач-гематолог	1,4000	2,70	0,95

		13	Врач-диетолог	0,7800	2,70	0,95
		14	Врач-пульмонолог	1,0000	2,70	0,95
		15	Врач-нефролог	1,0000	2,70	0,95
		16	Фельдшер	0,6762	2,70	0,95
			Итого	0,8554	2,70	0,95
4	Лечебная физкультура и спортивная медицина	17	Врач по лечебной физкультуре	0,7800	2,70	0,95
		18	Врач по спортивной медицине	0,8682	2,70	0,95
			Итого	0,9557	2,70	0,95
5	Эндокринология	19	Врач-эндокринолог	1,7598	2,50	0,86
		20	Врач-детский эндокринолог			
6	Аллергология	21	Врач-аллерголог-иммунолог	1,6206	2,60	0,90
7	Неврология	22	Врач-невролог	1,0148	2,90	1,01
8	Инфекционные болезни	23	Врач-инфекционист	1,2842	2,40	0,82
9	Хирургия	24	Врач-хирург	0,9113	3,00	1,04
		25	Врач-детский хирург			
		26	Врач-торакальный хирург			
		27	Врач-нейрохирург			
		28	Врач-сердечно-сосудистый хирург			
		29	Врач-челюстно-лицевой хирург			
		30	Врач-колопроктолог			
10	Урология	31	Врач-уролог	0,7374	2,60	0,90
		32	Врач-детский уролог-андролог			
11	Оториноларингология	33	Врач-оториноларинголог	0,6842	4,10	1,41
		34	Врач-сурдолог-оториноларинголог	1,0500	4,10	1,41
			Итого	0,7102	4,10	1,41
12	Акушерство-гинекология	35	Врач-акушер-гинеколог	1,2320	3,80	1,30
		36	Акушер	1,0365	3,80	1,30
			Итого	1,1941	3,80	1,30
13	Офтальмология	37	Врач-офтальмолог	0,6088	3,80	1,30
14	Дерматология	38	Врач-дерматовенеролог	0,7348	4,20	1,44
15	Онкология	39	Врач-онколог	0,9113	3,00	1,04
		40	Врач-детский онколог			
16	Травматология	41	Врач-травматолог-ортопед	0,9113	3,00	1,04

Показатели, используемые при расчете тарифов за посещения с профилактической и иными целями:

1) базовая ставка финансирования – 352,23 руб.;

2) поправочные коэффициенты:

- управленческий коэффициент равный 1,0 установлен для всех специальностей при оказании медицинской помощи взрослому населению; равный 1,13 установлен для всех специальностей при оказании медицинской помощи детям;

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи:

Уровень (подуровень) МО	Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи
<b>1 уровень</b>	<b>1,000</b>
<b>2 уровень</b>	<b>1,160</b>
подуровень А	1,150
подуровень Б	1,250

за исключением специальностей, по которым оплата первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказанной прикрепленному и некрепленному населению, осуществляется по единым тарифам для всех уровней оказания медицинской помощи, а именно:

врач педиатр-участковый;  
 врач-терапевт участковый;  
 врач общей практики (семейный врач);  
 врач-терапевт участковый цехового врачебного участка;  
 врач-невролог;  
 врач-хирург;  
 врач-хирург детский;  
 врач-оториноларинголог;  
 фельдшер.

6. Расчет тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в части обращений по поводу заболеваний.

Показатели, используемые при расчете тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в части обращений по поводу заболеваний:

1) СЧ пос – среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении (Таблица 5),

2) КК пос – коэффициент кратности посещений в одном обращении (Таблица 5),

Стоимость одного обращения по поводу заболеваний для конкретной специальности ( $C_{обр j}$ ) определяется по следующей формуле:

$$C_{обр j} = C_{пос j} * СЧ_{пос} * КК_{пос}.$$

7. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по тарифам за обращение по поводу заболевания, к плановому объему средств на оказание медицинской помощи в связи с обращениями по поводу заболеваний, рассчитанному исходя из финансовых нормативов территориальной программы ОМС, ( $V_{обр}$ ) рассчитывается коэффициент соответствия (КС) по формуле:

$$КС = (\sum j (C_{обр j} * Ч_{обр j})) / V_{обр}, \quad \text{где:}$$

Ч обр<sub>j</sub> – число обращений к конкретному специалисту, утвержденное комиссией по разработке территориальной программой обязательного медицинского страхования.

8. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в части обращений по поводу заболеваний для конкретной специальности (СС обр<sub>j</sub>) рассчитываются формуле:

$$СС\ обр_j = C\ обр_j * КС.$$

### 3. Порядок расчета тарифа за услугу по проведению заместительной почечной терапии в амбулаторных условиях

9. Оплата заместительной почечной терапии в амбулаторных условиях осуществляется за медицинскую услугу (сеанс и день обмена).

Показатели, используемые при расчете тарифов на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов:

- базовый тариф на оплату гемодиализа – 4 640,22 руб.;
- базовый тариф на оплату перитонеального диализа – 3 665,78 руб.;
- коэффициенты относительной затратноемкости:

Таблица 3

№	Код услуги	Наименование услуги	Единица оплаты	Коэффициент относительной затратноемкости
1	A18.05.002	Гемодиализ	услуга	1,00
2	A18.05.002.002	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	услуга	1,00
3	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	услуга	1,05
4	A18.05.011	Гемодиафильтрация	услуга	1,08
5	A18.30.001	Перитонеальный диализ	день обмена	1,00
6	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	день обмена	1,24
7	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	день обмена	1,09

- КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», представлен в Таблице 4 настоящего Порядка.



Таблица 4

Показатель	Значение показателя		
	для местностей, приравненных к районам Крайнего Севера	для районов Крайнего Севера	для территории островов Северного Ледовитого океана (о. Новая Земля)
Коэффициент дифференциации	1,574	1,924	2,484

Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи, представленной в Таблице 5:

Таблица 5

№	Код	Услуга	Единица оплаты	Значение доли заработной платы, %
1	A18.05.002	Гемодиализ	услуга	20
2	A18.05.002.002	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	услуга	20
3	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	услуга	20
4	A18.05.011	Гемодиализация	услуга	20
5	A18.30.001	Перитонеальный диализ	день обмена	28
6	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	день обмена	28
7	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	день обмена	28

В структуре тарифа на медицинскую услугу по проведению процедур диализа (услуги, дни обмена), не предусмотрены расходы на организацию питания пациентов.

Обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС).

#### **4. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования. Основные понятия**

10. Финансирование по подушевому нормативу – способ финансирования медицинской организации - фондодержателя (далее – МО-фондодержатель), при котором подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную амбулаторно-поликлиническую деятельность МО-фондодержателя и средства на оплату медицинской помощи, оказанной прикрепившимся застрахованным лицам в амбулаторных условиях в МО-исполнителях, по утвержденным тарифам;

11. МО - фондодержатель – медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области и имеющая прикрепившихся

застрахованных лиц, оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

12. Медицинская организация - исполнитель (далее - МО-исполнитель) - медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях прикрепившимся к МО-фондодержателю застрахованным лицам;

13. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, - это сумма финансовых средств по основным статьям расходов, в том числе расходов на оплату труда с начислениями, медикаменты, расходные материалы, и прочим статьям расходов (содержание МО) в расчете на одно прикрепившееся застрахованное лицо.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает расходы на оплату первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в медицинских организациях, имеющих прикрепившееся население, в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеваниями следующими врачами-специалистами:

- врач педиатр-участковый;
- врач-терапевт участковый;
- врач общей практики (семейный врач);
- врач-терапевт участковый цехового лечебного участка;
- врач-невролог;
- врач-хирург;
- врач-оториноларинголог;
- фельдшер.

В расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для МО - фондодержателей не включаются расходы на первичную медико-санитарную помощь оказываемую:

- врачами-ревматологами;
- врачами-гематологами;
- врачами-аллергологами-иммунологами;
- врачами-торакальными хирургами;
- врачами-нейрохирургами;
- врачами-сердечно-сосудистыми хирургами;
- врачами-челюстно-лицевыми хирургами;
- врачами-колопроктологами;
- врачами-урологами;
- врачами-детскими урологами-андрологами;
- врачами-нефрологами;
- врачами-сурдологами-оториноларингологами;
- врачами-акушерами-гинекологами;
- акушерами;

- врачами-офтальмологами;
- врачами-дерматовенерологами;
- врачами-онкологами;
- врачами-детскими онкологами;
- врачами-травматологами-ортопедами;
- врачами-пульмонологами;
- врачами-гастроэнтерологами;
- врачами по спортивной медицине;
- врачами-терапевтами;
- врачами-педиатрами;
- врачами-инфекционистами;
- врачами-кардиологами;
- врачами-детскими кардиологами;
- врачами-физиотерапевтами;
- врачами по лечебной физкультуре;
- врачами-эндокринологами;
- врачами-детскими эндокринологами;
- врачами-детскими хирургами;
- врачами-гериатрами.

Кроме того, в расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для МО - фондодержателей не включаются:

расходы на проведение диспансеризации взрослого населения; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

расходы на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, проводимых в соответствии с порядками, утвержденными приказами Минздрава России;

расходы на оказание медицинской помощи в неотложной форме;

расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

расходы на оказание медицинской помощи в центрах здоровья;

расходы на стоматологическую медицинскую помощь;

расходы на проведение вспомогательных репродуктивных технологий (перенос размороженного криоконсервированного эмбриона в полость матки (криоперенос));

расходы на следующие медицинские услуги:

- исследования методом магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии,
- скинтиграфические исследования,

- медицинские услуги при проведении обследования по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка в кабинетах пренатальной диагностики,

- услуги с применением телемедицинских технологий;

расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по ОМС за пределами Архангельской области.

14. Бюджет фондодержателя – объем финансирования МО-фондодержателя на прикрепившихся застрахованных лиц по подушевому нормативу.

## **5. Методика расчета подушевого норматива финансирования медицинской помощи**

15. Расчет среднего подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи (далее – АМП) (ПН) на год осуществляется по формуле:

$$\text{ПН}_{\text{год}} = \text{БПН}_{\text{год}} + \text{СПН}_{\text{год}},$$

где:

БПН – базовая часть подушевого норматива финансирования АМП,

СПН – стимулирующая часть подушевого норматива финансирования АМП;

36. Расчет базовой части подушевого норматива финансирования АМП на год на одно прикрепившееся застрахованное лицо производится по формуле:

$$\text{БПН}_{\text{год}} = V_{\text{АМП}} / Ч_{\text{ЗП общ}} / \text{КД}_{\text{ср суб}},$$

где:

БПН<sub>год</sub> – базовая часть подушевого норматива финансирования АМП на год,

V<sub>АМП</sub> – годовой объем средств, направляемый на оплату АМП по подушевому нормативу финансирования,

Ч<sub>ЗП общ</sub> – общая численность прикрепившихся к МО-фондодержателям застрахованных лиц, определенная как среднее значение данных на первое число каждого месяца в периоде, предшествующем расчетному,

КД<sub>ср суб</sub> – средневзвешенный районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях.

16. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования АМП по базовой части для однородных групп (подгрупп) МО-фондодержателей на одно прикрепившееся застрахованное лицо определяются по следующей формуле:

$$\text{ДПН}_{\text{год } n} = \text{БПН}_{\text{год}} * \text{СКД}_{\text{инт } n},$$

где:

$ДПН_{год\ n}$  – дифференцированные подушевые нормативы финансирования АМП по базовой части для n-ной группы (подгруппы) МО-фондодержателей на одно прикрепившееся застрахованное лицо,

$СКД_{инт\ n}$  – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования АМП по базовой части, определенный для n - ной группы (подгруппы) МО-фондодержателей.

При этом объединение МО-фондодержателей в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования АМП определяется по каждой МО-фондодержателю по следующей формуле:

$$КД_{инт} = КД_{пв} * КД_{сп} * КД_{пн} * КД_{си} * КД_{суб} ,$$

где:

$КД_{инт}$  – интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для МО-фондодержателя;

$КД_{пв}$  – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива;

$КД_{сп}$  – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.);

$КД_{пн}$  – коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения субъекта Российской Федерации

$КД_{си}$  – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества МО-фондодержателей;

$КД_{суб}$  – районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации, представлен в таблице:

Показатель	Значение показателя		
	для местностей, приравненных к районам Крайнего Севера	для районов Крайнего Севера	Средневзвешенный
$КД_{суб}$	1,700	2,200	1,804

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования АМП по базовой части ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для n - ной группы (подгруппы) МО-фондодержателей ( $СКД_{инт\ n}$ ).

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

17. Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива численность прикрепившихся застрахованным лиц, распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль – одиннадцать месяцев, мужчины/женщины;

один – четыре года, мужчины/женщины;

пять – семнадцать лет, мужчины/женщины;

восемнадцать – пятьдесят девять лет, мужчины;

восемнадцать – пятьдесят четыре года, женщины;

шестьдесят лет и старше, мужчины;

пятьдесят пять лет и старше, женщины.

Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для соответствующей половозрастной группы рассчитывается по формуле:

$$КД_{пв\ j} = \frac{З_{пв\ j} / Ч_{зп\ j}}{З_{пв\ общ} / Ч_{зп\ общ}}$$

где:

$КД_{пв\ j}$  – относительный коэффициент половозрастных затрат на оказание АМП для  $j$ -той половозрастной группы,

$З_{пв\ j}$  – стоимость АМП, оказанной прикрепившимся застрахованным лицам  $j$ -той половозрастной группы за период, предшествующий расчетному, согласно данным информационного обмена в соответствии с принятыми к оплате реестрами счетов,

$З_{пв\ общ}$  – общая стоимость АМП, оказанной прикрепившимся застрахованным лицам без учета пола и возраста за период, предшествующий расчетному, согласно данным информационного обмена в соответствии с принятыми к оплате реестрами счетов,

$Ч_{зп\ j}$  – численность прикрепившихся к МО-фондодержателям застрахованных лиц в  $j$ -той половозрастной группе, определенная, как среднее значение данных на первое число каждого месяца в периоде, предшествующем расчетному,

$Ч_{зп\ общ}$  – общая численность прикрепившихся к МО-фондодержателям застрахованных лиц без учета пола и возраста, определенная, как среднее значение данных на первое число каждого месяца в периоде, предшествующем расчетному.

Значения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива для соответствующей половозрастной группы представлены в приложении № 1 к настоящему Порядку оплаты АМП по подушевому нормативу.

Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для каждой МО-фондодержателя рассчитывается по формуле:

$$\text{КД пв}_{\text{МО}} = ( \sum (\text{КД пв}_j * \text{Ч}_{\text{ЗП } j \text{ МО}} ) ) / \text{Ч}_{\text{ЗП общ МО}}$$

где:

$\text{Ч}_{\text{ЗП } j \text{ МО}}$  – численность прикрепившихся к МО-фондодержателю застрахованных лиц в j-той половозрастной группе согласно сегменту РПН на первое число месяца, предшествующего расчетному,

$\text{Ч}_{\text{ЗП общ}}$  – общая численность прикрепившихся к МО-фондодержателю застрахованных лиц согласно сегменту РПН на первое число месяца, предшествующего расчетному.

39. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования АМП по базовой части, к общему объему средств на финансирование МО-фондодержателей рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$\text{ПК} = ( \sum (\text{ДПН год } n * \text{Ч}_{\text{ЗП } n} ) ) / \text{V}_{\text{АМП}},$$

где:

$\text{Ч}_{\text{ЗП } n}$  – численность застрахованных лиц, прикрепившихся к n - ной группе (подгруппе) МО-фондодержателей.

18. Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования АМП по базовой части для n - ной группы (подгруппы) МО-фондодержателей на одно прикрепившееся застрахованное лицо (ФДПН год n) рассчитываются по формуле:

$$\text{ФДПН год } n = \text{ДПН год } n * \text{ПК};$$

19. Расчет тарифов на основе подушевого норматива финансирования АМП по базовой части для n-ной группы (подгруппы) МО-фондодержателей на одно прикрепившееся застрахованное лицо на месяц ( $\text{T ФДПН мес } n$ ) производится по формуле:

$$\text{T ФДПН мес } n = \text{ФДПН год } n / 12 ,$$

где 12 – число месяцев в году;

20. Расчет среднего подушевого норматива финансирования АМП по стимулирующей части на одно прикрепившееся застрахованное лицо (СПН) производится по формулам:

на год:

$$\text{СПН}_{\text{год}} = \text{V}_{\text{АМП стим}} / \text{Ч}_{\text{ЗП общ}},$$

на месяц:

$$\text{СПН}_{\text{мес}} = \text{СПН}_{\text{год}} / 12 ,$$

где:

$\text{V}_{\text{АМП стим}}$  – годовой объем средств, направляемый на стимулирующую часть финансирования АМП по подушевому нормативу,

$\text{Ч}_{\text{ЗП общ}}$  – общая численность прикрепившихся к МО-фондодержателям, застрахованных лиц, определенная, как среднее значение данных на первое число каждого месяца в периоде, предшествующем расчетному,

12 – число месяцев в году.

Средства по стимулирующей части подушевого норматива распределяются на каждый месяц в году с учетом количества показателей, участвующих в расчете коэффициентов результативности деятельности медицинских организаций, за соответствующий период оценки.

## **6. Порядок определения объема финансирования МО-фондодержателя**

21. Плановый объем финансирования  $n$ -ного МО-фондодержателя на прикрепившихся застрахованных лиц (бюджет фондодержателя) по базовой части подушевого норматива финансирования АМП ( $БФ_{мес\ n}$ ) ежемесячно определяется СМО по формуле:

$$БФ_{мес\ n} = ТФДПН_{мес\ n} * Ч_{ЗП\ СМО}$$

где:

$Ч_{ЗП\ СМО}$  – численность прикрепившихся к МО-фондодержателю лиц, застрахованных СМО на первое число месяца, согласно приложению № 2 «Сведения о численности лиц, застрахованных в СМО, выбравших организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи» к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

22. Скорректированный объем финансирования  $n$ -ного МО-фондодержателя ( $V_{фин\ мес\ n}$ ) по базовой части подушевого норматива ежемесячно рассчитывается СМО следующим образом:

$$V_{фин\ мес\ n} = БФ_{мес\ n} - V_{ИСП\ мес\ n} + V_{НЕПР\ мес\ n},$$

где:

$V_{ИСП\ мес\ n}$  – сумма принятых к оплате СМО счетов за АМП, оказанную прикрепившимся к  $n$ -ной МО – фондодержателю лицам в МО-исполнителях за отчетный месяц, с учетом результатов контроля;

$V_{НЕПР\ мес\ n}$  – сумма принятых к оплате СМО счетов за АМП, оказанную не прикрепившимся к  $n$ -ной МО – фондодержателю застрахованным лицам за отчетный месяц, с учетом результатов контроля.

23. Объем финансирования  $n$ -ного МО-фондодержателя на прикрепившихся застрахованных лиц по стимулирующей части подушевого норматива финансирования АМП ( $БС_{мес\ n}$ ) ежемесячно определяется СМО по формуле:

$$БС_{мес\ n} = СПН_{мес\ n} * Ч_{ЗП\ СМО} * K_{рез}$$

где:

$K_{рез}$  – коэффициент результативности деятельности МО-фондодержателя, рассчитанный в соответствии с Методикой оценки результативности деятельности МО-фондодержателей (приложение № 2 к настоящему Порядку),

$Ч_{ЗП\ СМО}$  – численность прикрепившихся к МО-фондодержателю, застрахованных СМО лиц без учета пола и возраста на первое число каждого



месяца согласно приложению № 2 «Сведения о численности лиц, застрахованных в СМО, выбравших организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи» к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Приложение № 1  
к Порядку оплаты медицинской  
помощи, оказанной в  
амбулаторных условиях

Коэффициенты дифференциации, применяемые при расчете тарифов на основе  
подушевого норматива финансирования АМП  
с 01 марта 2019 года:

Таблица № 1

Относительные коэффициенты половозрастных затрат

В том числе по группам застрахованных лиц									
0-1 года (11 месяцев и 29 дней)		1-4 лет		5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
3,6370	3,2958	3,7980	3,6534	1,7661	1,8177	0,4218	0,5812	0,8933	1,0546

Таблица № 2

Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации  
подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи  
по группам медицинских организаций

№ группы	№ п/п	Наименование МО	Коэффициенты, применяемые при расчете тарифов на основе подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи медицинской помощи						
			Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации	Интегрированный коэффициент дифференциации	половозрастной коэффициент дифференциации	коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений	коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения	коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинской организации	районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате
1	1	НУЗ "Отделенческая поликлиника на ст.Исакогорка ОАО "РЖД"	1,119	1,038	0,668	0,984	0,970	0,958	1,700
	2	ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника № 1»		1,111	0,668	0,984	0,970	1,025	1,700
	3	НУЗ "Узловая поликлиника на ст.Няндомы ОАО "РЖД"		1,183	0,668	0,986	1,031	1,025	1,700

	4	НУЗ "Отделенческая поликлиника на ст.Сольвычегодск ОАО "РЖД"		1,183	0,668	0,986	1,031	1,025	1,700
2	5	ФГБУЗ "Центральная медико- санитарная часть № 58 Федерального медико- биологического агенства"	1,405	1,344	0,668	0,984	0,970	0,958	2,200
	6	ГБУЗ АО "Северодвинская городская больница № 1"		1,347	0,668	0,986	0,970	0,958	2,200
	7	ГБУЗ АО "Северодвинская городская больница № 2 скорой медицинской помощи"		1,441	0,668	0,986	0,970	1,025	2,200
	8	ФГУ "Северный медицинский центр имени Н.А.Семашко ФМБА"		1,503	0,967	0,984	0,970	0,958	1,700
3	9	ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника № 2»	1,643	1,624	1,045	0,984	0,970	0,958	1,700
	10	ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 4»		1,628	1,045	0,986	0,970	0,958	1,700
	11	ООО "Центр семейной медицины Пинежская РБ № 2"		1,631	0,668	0,984	1,076	1,048	2,200
	12	ГБУЗ АО "Первая городская клиническая больница им.Е.Е.Волосевич"		1,644	0,967	0,984	0,970	1,048	1,700
	13	ГБУЗ АО "Мирнинская центральная городская больница"		1,678	1,045	0,984	1,002	0,958	1,700
	14	ГБУЗ АО "Новодвинская центральная городская больница"		1,681	1,045	0,986	1,002	0,958	1,700
4	15	ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7»		1,738	1,045	0,984	0,970	1,025	1,700
	16	ГБУЗ АО "Онежская центральная районная больница"		1,742	0,967	1,028	1,076	0,958	1,700

	17	ГБУЗ АО "Коряжемская городская больница"	1,781	1,742	1,045	0,986	0,970	1,025	1,700
	18	ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6»		1,742	1,045	0,986	0,970	1,025	1,700
	19	ГБУЗ АО "Котласская центральная городская больница имени святителя Луки (В.Ф. Войно- Ясенецкого)"		1,799	1,045	0,986	1,002	1,025	1,700
	20	ГБУЗ АО "Ильинская центральная районная больница"		1,860	0,967	1,047	1,031	1,048	1,700
	21	ГБУЗ АО "Плесецкая центральная районная больница"		1,864	0,967	1,028	1,076	1,025	1,700
5	22	ГБУЗ АО "Виноградовская центральная районная больница"	1,936	1,898	0,967	1,047	1,076	1,025	1,700
	23	ГБУЗ АО "Красноборская центральная районная больница"		1,898	0,967	1,047	1,076	1,025	1,700
	24	ГБУЗ АО "Вельская центральная районная больница"		1,930	1,045	1,028	1,031	1,025	1,700
	25	ГБУЗ АО "Няндомская центральная районная больница"		1,930	1,045	1,028	1,031	1,025	1,700
	26	ГБУЗ АО "Коношская центральная районная больница"		1,930	1,045	1,028	1,031	1,025	1,700
	27	ГБУЗ АО "Шенкурская центральная районная больница им. Н.Н. Приорова"		1,953	0,967	1,077	1,076	1,025	1,700
	28	ГБУЗ АО "Верхнетоемская центральная районная больница"		1,953	0,967	1,077	1,076	1,025	1,700
	29	ГБУЗ АО "Холмогорская центральная районная больница"		1,953	0,967	1,077	1,076	1,025	1,700

	30	ГБУЗ АО "Устьянская центральная районная больница"		1,966	1,045	1,047	1,031	1,025	1,700
6	31	ГБУЗ АО "Приморская центральная районная больница"	2,244	2,014	1,045	1,028	1,076	1,025	1,700
	32	ГБУЗ АО "Каргопольская центральная районная больница им.Н.Д. Кировой"		2,051	1,045	1,047	1,076	1,025	1,700
	33	ГБУЗ АО "Яренская центральная районная больница"		2,051	1,045	1,047	1,076	1,025	1,700
	34	ГБУЗ АО "Северодвинская городская поликлиника "Ягры"		2,249	1,045	0,984	0,970	1,025	2,200
	35	ГБУЗ АО "Карпогорская центральная районная больница"		2,527	0,967	1,077	1,076	1,025	2,200
	36	ГБУЗ АО "Мезенская центральная районная больница"		2,527	0,967	1,077	1,076	1,025	2,200
	37	ГБУЗ АО "Лешуконская центральная районная больница"		2,584	0,967	1,077	1,076	1,048	2,200
7	38	ГБУЗ АО «Архангельская городская детская клиническая поликлиника»	4,732	4,020	2,364	0,984	0,970	1,048	1,700
	39	ГБУЗ АО "Северодвинская городская детская клиническая больница"		5,088	2,364	0,984	0,970	1,025	2,200

Приложение № 2  
к Порядку оплаты медицинской  
помощи, оказанной в  
амбулаторных условиях

**Методика  
оценки результативности деятельности МО – фондодержателей  
(далее - Методика)**

1. Оценка результативности деятельности МО - фондодержателей проводится ежемесячно, ежеквартально, за год по следующим показателям:

№	Показатель	Коды по МКБ 10	Источник информации	Обозначение показателя	Целевое значение	Коэффициент результативности
<b>Период оценки: ежемесячно</b>						
1.	Уровень госпитализации в стационар лиц 18 лет и старше на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории	Все коды МКБ, кроме классов: «А», «В», «F», «О», «S», «Т»	СМО	Угосп1	1 мес. - 12,13 2 мес. - 13,97 3 мес. - 14,91 4 мес. - 15,12 5 мес. - 12,71 6 мес. - 13,97 7 мес. - 12,18 8 мес. - 13,34 9 мес. - 11,97 10 мес. - 15,33 11 мес. - 14,28 12 мес. - 12,08	Равен и ниже целевого значения за соответствующий период - 1 балл Выше целевого значения за соответствующий период - 0 баллов
2.	Уровень госпитализации в стационар лиц с 5 до 18 лет на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории	Все коды МКБ, кроме классов: «А», «В», «F», «О», «S», «Т»	СМО	Угосп2	1 мес. - 6,3 2 мес. - 9,14 3 мес. - 9,14 4 мес. - 8,19 5 мес. - 6,62 6 мес. - 6,09 7 мес. - 5,88 8 мес. - 6,93 9 мес. - 6,62 10 мес. - 8,61 11 мес. - 9,56 12 мес. - 8,82	Равен и ниже целевого значения за соответствующий период - 1 балл Выше целевого значения за соответствующий период - 0 баллов
3.	Уровень вызовов скорой медицинской помощи к лицам 18 лет и старше на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории	Все коды МКБ, кроме классов: «А», «В», «F», «О», «S», «Т»	СМО	Увыз1	1 мес. - 24,46 2 мес. - 24,43 3 мес. - 23,33 4 мес. - 22,34 5 мес. - 21,71 6 мес. - 21,18 7 мес. - 20,29 8 мес. - 19,98 9 мес. - 19,90 10 мес. - 20,39 11 мес. - 21,71 12 мес. - 21,49	Равен и ниже целевого значения за соответствующий период - 1 балл Выше целевого значения за соответствующий период - 0 баллов
4.	Уровень вызовов скорой медицинской помощи к лицам до 18 лет на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории	Все коды МКБ, кроме классов: «А», «В», «F», «О», «S», «Т»	СМО	Увыз2	1 мес. - 33,88 2 мес. - 33,71 3 мес. - 31,68 4 мес. - 28,79 5 мес. - 27,07 6 мес. - 23,21 7 мес. - 22,12 8 мес. - 22,82	Равен и ниже целевого значения за соответствующий период - 1 балл Выше целевого значения за соответствующий период - 0 баллов

					9 мес.- 23,17 10 мес.- 29,95 11 мес.- 30,64 12 мес.- 31,66	
5.	Доля экстренных госпитализаций в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения, %.	Все коды МКБ, кроме классов: «А», «В», «F», «O», «S», «T»	СМО	УгоспЗ	50% и менее для МО – фондодержателей, имеющих прикрепившихся до 18 лет, 45% и менее - для МО - фондодержателей, имеющих прикрепившихся лиц 18 лет и старше, 47 % и менее доля МО - фондодержателей, имеющих прикрепившихся лиц до 18 лет и старше	Равен и ниже целевого значения за соответствующий период - 1 балл Выше целевого значения за соответствующий период - 0 баллов
6.	Наличие обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации, поступивших в ТФОМС АО, СМО	-	СМО ТФОМС АО	Кж	Отсутствие	Отсутствие - 1 балл Наличие - 0 баллов
7.	Количество выявленных случаев злокачественных новообразований на 1000 прикрепленного населения	-	СМО	Донко1	0,40	Равен и выше целевого значения за соответствующий период - 1 балл Ниже целевого значения за соответствующий период - 0 баллов
8.	Доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на III и IV стадиях в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний, %	-	ГБУЗ АО «МИАЦ»	Донко2	42 %	Равен и ниже целевого значения за соответствующий период - 1 балл Выше целевого значения за соответствующий период - 0 баллов
<b>Период оценки: ежеквартально</b>						
9.	Предоставление в реестрах счетов сведений о первичном выходе на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с заболеванием	-	СМО	Динв	Наличие	Отсутствие - 0 баллов Наличие - 1 балл
10.	Уровень заболевания инфарктом. Число случаев на 1000 лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	I21 - I22	СМО	Уинф	1 кв.- 0,18 2 кв.- 0,21 3 кв.- 0,16 4 кв.- 0,13	Равен и ниже целевого значения за соответствующий период - 1 балл Выше целевого значения за соответствующий период - 0 баллов
11.	Уровень заболевания инсультом. Число случаев на 1000 лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	I60, I61, I62, I63, I64	СМО	Уинс	1 кв.- 0,34 2 кв.- 0,38 3 кв.- 0,42 4 кв.- 0,26	Равен и ниже целевого значения за соответствующий период - 1 балл Выше целевого значения за соответствующий период - 0 баллов

12.	Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, %	-	ГБУЗ АО «МИАЦ»	Ддисп1	Не менее 30 %	30 % и более - 1 балл Менее 30% - 0 баллов
13.	Выполнение плана профилактических осмотров несовершеннолетних, %*	-	ТФОМС АО	Дпроф	95 % и более	95 % и более - 1 балл Менее 95 % - 0 баллов
14.	Выполнение плана диспансеризации взрослого населения, %*	-	ТФОМС АО	Ддв	Не менее 95% от плана квартала	95 % и более - 1 балл Менее 95 % - 0 баллов
15.	Выполнение объемов медицинской помощи по обращениям по поводу заболеваний к специалистам, включенным в подушевое финансирование, % *	-	СМО	Д обр.	95-105%	95 до 105% включительно - 1 балл Менее 95 и более 105 - 0 баллов
16.	Выполнение объемов медицинской помощи по посещениям с профилактическими и иными целями к специалистам, включенным в подушевое финансирование, % *	-	СМО	Д пос.	95-105%	От 95 до 105% включительно - 1 балл Менее 95 и более 105 - 0 баллов
<b>Период оценки: 1 раз в год</b>						
17.	Удельный вес повторных инфарктов в общем количестве инфарктов, %	I21 I22	СМО	Динф повт	Менее 23 %	Менее 23 % - 1 балл 23 % и более - 0 баллов
18.	Доля случаев с нарушениями, выявленными по результатам целевой и плановой медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, %	-	СМО	Дмээ	Не более 22 %	22 % и менее - 1 балл Более 22 % - 0 баллов
19.	Доля случаев с нарушениями, выявленными по результатам целевой и плановой экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, %	-	СМО	Дэкмп	Не более 15 %	15 % и менее - 1 балл Более 15 % - 0 баллов
20.	Доля лиц с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, %.	-	ГБУЗ АО «МИАЦ»	Ддисп2	Не менее 50 %	50 % и более - 1 балл; Менее 50 % - 0 баллов
21.	Доля лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, %.	-	ГБУЗ АО «МИАЦ»	Ддисп3	Не менее 55 %	55 % и более - 1 балл; Менее 55 % - 0 баллов
22.	Число лиц, умерших от инсульта в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения. Число случаев на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-	СМО	Динс	Не более 31,8	31,8 и менее - 1 балл; Более 31,8 - 0 баллов



23.	Число лиц, умерших от инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения. Число случаев на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-	СМО	Динф	Не более 16,2	16,2 и менее - 1 балл; Более 16,2 - 0 баллов
24.	Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп, охваченных профилактическими прививками против гриппа, от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации, %	-	ГБУЗ АО «МИАЦ»	Двакц	30 % и более	30 % и более - 1 балл менее 30% - 0 баллов
25.	Доля умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, от общего числа умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями	-	ГБУЗ АО «МИАЦ»	Донко3	85%	Равен и ниже целевого значения за соответствующий период - 1 балл Выше целевого значения за соответствующий период - 0 баллов

\*Расчет показателя осуществляется исходя из поквартального распределения объемов медицинской помощи, утвержденного решением последней в отчетном квартале комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области.

2. Набор показателей и весовые коэффициенты устанавливаются дифференцированно в зависимости от возрастной категории прикрепившегося к МО-фондодержателю населения.

3. Расчет показателей № 1-24 осуществляется в следующем порядке:

1) уровень госпитализаций в стационар лиц 18 лет и старше на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории ( $У_{госп1}$ ) рассчитывается по формуле:

$$У_{госп1} = V_{госп1} / Ч_{сред} \times 1000;$$

(формула 1), где:

$V_{госп1}$  – количество госпитализаций (плановых, экстренных) в стационар лиц 18 лет и старше прикрепленного населения в отчетном периоде;

$Ч_{сред}$  – средняя численность прикрепленного населения за отчетный период рассчитывается по формуле:

$$Ч_{сред} = (\sum Ч_i) / n;$$

(формула 2), где:

$Ч_i$  – численность прикрепившегося населения соответствующего возраста на 01 число i-го месяца отчетного периода, сформированная на основании сегмента РПН, актуализированного на первое число каждого месяца и переданного ТФОМС АО в МО - фондодержатели и СМО.

$n$  – число месяцев в отчетном периоде;

2) уровень госпитализаций лиц с 5 до 18 лет на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории ( $У_{госп2}$ ) рассчитывается по формуле:

$$У_{госп2} = V_{госп2} / Ч_{сред} \times 1000;$$

(формула 3), где:

$V_{госп2}$  – количество госпитализаций (плановых, экстренных) в стационар лиц с 5 до 18 лет в отчетном периоде;

3) уровень вызовов скорой медицинской помощи к лицам 18 лет и старше на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории ( $У_{выз1}$ ), рассчитывается по формуле:

$$У_{выз1} = V_{выз1} / Ч_{сред} \times 1000;$$

(формула 4), где:

$V_{выз1}$  – количество обслуженных вызовов прикрепленного населения 18 лет и старше прикрепленного населения в отчетном периоде;

4) уровень вызовов скорой медицинской помощи к лицам до 18 лет на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории ( $У_{выз2}$ ), рассчитывается по формуле:

$$У_{выз2} = V_{выз.2} / Ч_{сред} \times 1000;$$

(формула 5), где

$V_{выз2}$  – количество обслуженных вызовов к лицам до 18 лет прикрепленного населения в отчетном периоде;

5) доля экстренных госпитализаций в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения в отчетном периоде в % ( $У_{госп3}$ ) рассчитывается по формуле:

$$У_{госп3} = V_{госп\ экстр.} / V_{госп} \times 100;$$

(формула 6), где:

$V_{госп\ экстр}$  – количество экстренных госпитализаций в стационар прикрепленного населения в отчетном периоде;

$V_{госп}$  – количество госпитализаций (плановых и экстренных) прикрепленного населения в отчетном периоде;

6) наличие обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации, поступивших в ТФОМС АО, СМО (Кж) - жалобы на работу медицинской организации в амбулаторных условиях, признанные обоснованными в отчетном периоде;

7) количество выявленных случаев злокачественных новообразований на 1000 прикрепленного населения ( $D_{онко1}$ ) рассчитывается по формуле:

$$D_{онко1} = V_{онко} / Ч_{сред} \times 1000;$$

(формула 7), где

$V_{онко}$  - количество выявленных случаев злокачественных новообразований в отчетном периоде;

8) доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на III и IV стадиях в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в отчетном периоде в % ( $D_{онко2}$ ) рассчитывается по формуле:

$$D_{онко1} = V_{онко2} / V_{онко} \times 100$$

(формула 8), где

$V_{\text{онко}2}$  – количество впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на III и IV стадиях в отчетном периоде;

$V_{\text{онко}}$  – общее количество выявленных случаев онкологических заболеваний в отчетном периоде;

9) оценивается предоставление в реестрах счетов сведений о первичном выходе на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с заболеванием в отчетном периоде;

10) уровень заболевания инфарктом. Число случаев на 1000 лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения ( $U_{\text{инф}}$ ) рассчитывается по формуле:

$$U_{\text{инф}} = V_{\text{инф}} / Ч_{\text{сред}} \times 1000;$$

(формула 9), где:

$V_{\text{инф}}$  – количество госпитализаций по поводу инфарктов (экстренных) прикрепленного населения данной возрастной категории в отчетном периоде;

11) уровень заболевания инсультом. Число случаев на 1000 лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения ( $U_{\text{инс}}$ ) рассчитывается по формуле:

$$U_{\text{инс}} = V_{\text{инс}} / Ч_{\text{сред}} \times 1000;$$

(формула 10), где:

$V_{\text{инс}}$  – количество госпитализаций по поводу инсультов (экстренных) прикрепленного населения данной возрастной категории в отчетном периоде;

12) доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением, из числа подлежащих, в том числе с использованием дистанционных методов, в % ( $D_{\text{дисп1}}$ ) рассчитывается по формуле:

$$D_{\text{дисп1}} = V_{\text{дисп1}} / Ч_{\text{сред}} \times 100$$

(формула 11), где:

$V_{\text{дисп1}}$  – количество пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном периоде;

13) выполнение плана профилактических осмотров несовершеннолетних в % ( $D_{\text{проф}}$ ) рассчитывается по формуле:

$$D_{\text{проф}} = V_{\text{факт}} / V_{\text{план}} \times 100$$

(формула 12), где

$V_{\text{факт}}$  – количество законченных случаев профилактических осмотров несовершеннолетних, выполненных в отчетном периоде и принятых к оплате;

$V_{\text{план}}$  – плановое количество законченных случаев профилактических осмотров несовершеннолетних на отчетный период;

14) выполнение плана диспансеризации взрослого населения в % ( $D_{\text{дв}}$ ) рассчитывается по формуле:

$$D_{\text{дв}} = V_{\text{факт ДВ}} / V_{\text{план ДВ}} \times 100$$

(формула 13), где

$V_{\text{факт ДВ}}$  – количество законченных случаев 1 этапа диспансеризации взрослого населения (1 раз в 3 года), выполненных в отчетном периоде и принятых к оплате;

$V_{\text{план дв}}$  – плановое количество законченных случаев 1 этапа диспансеризации взрослого населения (1 раз в 3 года) МО-фондодержателя на отчетный период;

15) выполнение объемов медицинской помощи по обращениям по поводу заболеваний к специалистам, включенным в подушевое финансирование (Добр.), рассчитывается по формуле:

$$D_{\text{обр.}} = V_{\text{факт.}} / V_{\text{план}} \times 100$$

(формула 14), где

$V_{\text{факт.}}$  - количество принятых к оплате обращений по поводу заболеваний к специалистам, включенным в подушевое финансирование, выполненных МО-фондодержателем за отчетный период;

$V_{\text{план}}$  - плановое количество обращений по поводу заболеваний, к специалистам, включенным в подушевое финансирование, установленное для МО-фондодержателя на отчетный период;

16) выполнение объемов медицинской помощи по посещениям с профилактическими и иными целями к специалистам, включенным в подушевое финансирование (Дпос.), рассчитывается по формуле:

$$D_{\text{пос.}} = V_{\text{факт.}} / V_{\text{план}} \times 100$$

(формула 15), где

$V_{\text{факт.}}$  - количество принятых к оплате посещений с профилактическими и иными целями (посещений профилактических по подушевому нормативу (диспансерное наблюдение) и посещений профилактических по подушевому нормативу (за исключением диспансерного наблюдения), выполненных МО-фондодержателем за отчетный период;

$V_{\text{план}}$  - плановое количество посещений с профилактическими и иными целями к специалистам (посещений профилактических по подушевому нормативу (диспансерное наблюдение) и посещений профилактических по подушевому нормативу (за исключением диспансерного наблюдения), установленное для МО-фондодержателя на отчетный период;

17) удельный вес повторных инфарктов в общем количестве инфарктов прикрепленного населения ( $D_{\text{инф повт}}$ ) в % рассчитывается по формуле:

$$D_{\text{инф}} = V_{\text{инф повт}} / V_{\text{инф}} \times 100$$

(формула 16), где

$V_{\text{инф}}$  - общее количество госпитализаций в стационар с инфарктом прикрепленного населения в отчетном периоде;

$V_{\text{инф повт}}$  - общее количество госпитализаций с повторным инфарктом прикрепленного населения в отчетном периоде;

18) доля случаев с нарушениями, выявленными по результатам целевой и плановой медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях ( $D_{\text{мээ}}$ ), рассчитывается по формуле:

$$D_{\text{мээ}} = V_{\text{с нар}} / V_{\text{мээ}} \times 100$$

(формула 17), где

$V_{\text{с нар}}$  – количество случаев с нарушениями, выявленными по результатам плановой и целевой медико-экономической экспертизы

медицинской помощи, оказанной МО-фондодержателем в амбулаторных условиях, за отчетный период;

$V_{мээ}$  – количество случаев плановых и целевых медико-экономических экспертиз медицинской помощи, оказанной МО-фондодержателем в амбулаторных условиях, за отчетный период;

19) доля случаев с нарушениями, выявленными по результатам целевой и плановой экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях ( $D_{экмп}$ ) рассчитывается по формуле:

$$D_{экмп} = V_{с нар} / V_{экмп} \times 100$$

(формула 18), где

$V_{с нар}$  – количество случаев с нарушениями, выявленными по результатам плановой и целевой экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях МО-фондодержателем, за отчетный период;

$V_{экмп}$  – количество случаев плановых и целевых экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях МО-фондодержателем, за отчетный период;

20) доля лиц с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, в % ( $D_{дисп2}$ ) рассчитывается по формуле:

$$D_{дисп2} = V_{ибс дисп} / V_{ибс} \times 100$$

(формула 19), где

$V_{ибс дисп}$  - количество лиц, прикрепленных к МО-фондодержателю с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, взятых под диспансерное наблюдение за отчетный период;

$V_{ибс}$  - количество лиц, прикрепленных к МО-фондодержателю, с впервые выявленной ишемической болезнью сердца за отчетный период;

21) доля лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, в % ( $D_{дисп3}$ ) рассчитывается по формуле:

$$D_{дисп3} = V_{аг дисп} / V_{аг} \times 100$$

(формула 20), где

$V_{аг дисп}$  - количество лиц, прикрепленных к МО-фондодержателю с впервые выявленной артериальной гипертензией, взятых под диспансерное наблюдение за отчетный год;

$V_{аг}$  - количество лиц, прикрепленных к МО-фондодержателю с впервые выявленной артериальной гипертензией, за отчетный год;

22) число лиц, умерших от инсульта в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения. Число случаев на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения ( $D_{инс}$ ), рассчитывается по формуле:

$$D_{инс} = V_{инс лет} / Ч_{сред} \times 100 \text{ тыс.};$$

(формула 21), где

$V_{инс лет}$  - абсолютное количество умерших от инсульта в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения данного возраста.

23) число лиц, умерших от инфаркта в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения. Число случаев на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения ( $D_{\text{инф}}$ ), рассчитывается по формуле:

$$D_{\text{инф}} = V_{\text{инф лет}} / Ч_{\text{сред.}} \times 100 \text{ тыс.};$$

(формула 22), где

$V_{\text{инф лет}}$  - абсолютное количество умерших от инфаркта в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения данного возраста;

24) доля лиц, вакцинированных против гриппа, к общему количеству лиц, прикрепившихся к МО-фондодержателю ( $D_{\text{вакц}}$ ), рассчитывается по формуле:

$$D_{\text{вакц}} = V_{\text{факт}} / Ч \times 100$$

(формула 23), где

$V_{\text{факт}}$  - фактическое число вакцинированных против гриппа МО-фондодержателем за отчетный год;

$Ч$  - численность прикрепленного населения на 01 января отчетного года, сформированная на основании сегмента РПН.

25) доля умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, от общего числа умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями, рассчитывается по формуле:

$$D_{\text{онкоЗ}} = V_{\text{умерш дисп онко}} / V_{\text{умерш онко}} \times 100;$$

(формула 24), где

$V_{\text{умерш дисп онко}}$  - количество умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете общего

$V_{\text{умерш онко}}$  - количество умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями.

4. Информация для расчета значений показателей предоставляется страховыми медицинскими организациями в течение 5 рабочих дней второго месяца следующего за отчетным периодом в ТФОМС АО по каждой МО-фондодержателю:

1) по показателям № 1 - 5, 7 ежемесячно на основании принятых к оплате счетов и реестров счетов на последнее число месяца следующего за отчетным периодом с направлением по системе защищенного документооборота программного комплекса ViPNet персонифицированных данных по каждому показателю;

2) по показателю № 6 ежемесячно о количестве жалоб, признанных обоснованными, в отчетном периоде;

3) по показателям № 9-11, 15, 16 ежеквартально в срок на основании принятых к оплате счетов и реестров счетов на последнее число месяца следующего за отчетным периодом с направлением по системе защищенного документооборота программного комплекса ViPNet персонифицированных данных по каждому показателю;

4) по показателям № 17, 22, 23 по итогам года на основании принятых к оплате счетов и реестров счетов на последнее число месяца следующего за отчетным периодом с направлением по системе защищенного документооборота программного комплекса ViPNet персонифицированных данных по каждому показателю;

5) по показателям № 18 и 19 по итогам года на основании актов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, подписанным по состоянию на последнее число месяца, следующего за отчетным периодом.

5. Информация по значениям показателей предоставляется ГБУЗ АО «Медицинский информационно-аналитический центр» в течение 5 рабочих дней в ТФОМС АО в рассчитанном виде по каждой МО-фондодержателю:

1) по показателю № 8 ежемесячно на последнее число месяца следующего за отчетным периодом;

2) по показателю № 12 ежеквартально на последнее число месяца следующего за отчетным периодом;

3) по показателям № 20, 21, 24, 25 по итогам года на последнее число месяца следующего за отчетным периодом.

6. Расчет показателей № 6 осуществляется на основании данных ТФОМС АО, страховых медицинских организаций.

7. Расчет показателей № 13 и 14 осуществляется на основании данных ТФОМС АО (принятых к оплате счетов и реестров счетов на последнее число месяца следующего за отчетным периодом).

8. ТФОМС АО на основе полученных данных осуществляет расчет показателей и коэффициенты стимулирования по каждому показателю.

9. В целях определения объема стимулирования МО-фондодержателя по результатам оценки деятельности рассчитывается коэффициент результативности деятельности медицинской организации ( $K_{рез}$ ):

1) расчет коэффициента результативности деятельности МО-фондодержателей, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц 18 лет и старше, осуществляется по набору показателей и весовым коэффициентам, представленным в следующей таблице:

**Набор показателей и весовые коэффициенты  
для МО-фондодержателей, имеющих прикрепившихся  
застрахованных лиц 18 лет и старше**

№ показателя	Показатель	Весовой коэффициент ( $K_{вес.1}$ )			Коэффициент стимулирования
		1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11 месяцев	3, 6, 9 месяцев	12 месяцев	
1.	Уровень госпитализации в стационар лиц 18 лет и старше на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории	0,16	0,077	0,045	$K_{госп1}$
3.	Уровень вызовов скорой медицинской помощи к лицам 18 лет и старше прикрепленного населения данной возрастной категории	0,16	0,077	0,045	$K_{выз1}$
5.	Доля экстренных госпитализаций в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения, %.	0,17	0,077	0,045	$K_{госп3}$

6.	Наличие обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации, поступивших в ТФОМС АО, СМО	0,17	0,077	0,046	Ккж
7.	Количество выявленных случаев злокачественных новообразований на 1000 прикрепленного населения	0,17	0,077	0,046	Конко1
8.	Доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на III и IV стадиях в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний, %	0,17	0,077	0,046	Конко2
9.	Предоставление в реестрах счетов сведений о первичном выходе на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с заболеванием	-	0,076	0,043	Кинв
10.	Уровень заболевания инфарктом. Число случаев на 1000 лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-	0,077	0,046	Кинф1
11.	Уровень заболевания инсультом. Число случаев на 1000 лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-	0,077	0,046	Кинс1
12.	Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, %	-	0,077	0,046	Кдисп1
14.	Выполнение плана диспансеризации взрослого населения, %	-	0,077	0,046	КДВ
15.	Выполнение объемов медицинской помощи по обращениям по поводу заболеваний к специалистам, включенным в подушевое финансирование, %	-	0,077	0,045	К обр.
16.	Выполнение объемов медицинской помощи по посещениям с профилактическими и иными целями к специалистам, включенным в подушевое финансирование, %	-	0,077	0,045	К пос.
17.	Удельный вес повторных инфарктов в общем количестве инфарктов, %	-	-	0,046	Кинф повт
18.	Доля случаев с нарушениями, выявленными по результатам целевой и плановой медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, %	-	-	0,045	Кмээ
19.	Доля случаев с нарушениями, выявленными по результатам целевой и плановой экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, %	-	-	0,045	Кэкмп
20.	Доля лиц с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, %.	-	-	0,046	Кдисп2
21.	Доля лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, %.	-	-	0,046	Кдисп3
22.	Число лиц, умерших от инсульта в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения. Число случаев на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-	-	0,046	Кинс2
23.	Число лиц, умерших от инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения. Число случаев на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-	-	0,046	Кинф2
24.	Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп, охваченных профилактическими прививками против гриппа, от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации, %	-	-	0,044	Квакц



25.	Доля умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, от общего числа умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями	-	-	0,046	Конко3
-----	---	---	---	-------	--------

Коэффициент результативности для данной группы МО-фондодержателей за 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11 месяц рассчитывается по формуле:

$$\text{Крез.} = \text{К вес.}i \times \text{К госп.}1 + \text{К вес.}i \times \text{К выз.}1 + \text{К вес.}i \times \text{К госп}3 + \text{К вес.}i \times \text{Ккж} . + \text{К вес.}i \times \text{К онко}1 + \text{К вес.}i \times \text{К онко}2$$

Коэффициент результативности для данной группы МО-фондодержателей за 3, 6, 9 месяц рассчитывается по формуле:

$$\text{Крез.} = \text{К вес.}i \times \text{К госп.}1 + \text{К вес.}i \times \text{К выз.}1 + \text{К вес.}i \times \text{К госп}3 + \text{К вес.}i \times \text{Ккж} . + \text{К вес.}i \times \text{К онко}1 + \text{К вес.}i \times \text{К онко}2 + \text{К вес.}i \times \text{К инв} + \text{К вес.}i \times \text{К инф}1 + \text{К вес.}i \times \text{К инс}1 + \text{К вес.}i \times \text{К дисп}1 + \text{К вес.}i \times \text{К дв} + \text{К вес.}i \times \text{К обр} + \text{К вес.}i \times \text{К пос.}$$

Коэффициент результативности для данной группы МО-фондодержателей за год рассчитывается по формуле:

$$\text{Крез.} = \text{К вес.}i \times \text{К госп.}1 + \text{К вес.}i \times \text{К выз.}1 + \text{К вес.}i \times \text{К госп}3 + \text{К вес.}i \times \text{Ккж} . + \text{К вес.}i \times \text{К онко}1 + \text{К вес.}i \times \text{К онко}2 + \text{К вес.}i \times \text{К инв} + \text{К вес.}i \times \text{К инф}1 + \text{К вес.}i \times \text{К инс}1 + \text{К вес.}i \times \text{К дисп}1 + \text{К вес.}i \times \text{К дв} + \text{К вес.}i \times \text{К инф} \text{ повт} + \text{К вес.}i \times \text{К мээ} + \text{К вес.}i \times \text{К экмп.} + \text{К вес.}i \times \text{К дисп}2 + \text{К вес.}i \times \text{К дисп}3 + \text{К вес.}i \times \text{К инс}2 + \text{К вес.}i \times \text{К инф}2 + \text{К вес.}i \times \text{К вакц} + \text{К вес.}i \times \text{К Конко}3 + \text{К вес.}i \times \text{К обр} + \text{К вес.}i \times \text{К пос.}$$

2) расчет коэффициента результативности деятельности МО-фондодержателей, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц до 18 лет и старше, осуществляется по набору показателей и весовым коэффициентам, представленным в следующей таблице:

**Набор показателей и весовые коэффициенты  
для МО-фондодержателей, имеющих прикрепившихся  
застрахованных лиц до 18 лет и старше**

№ п/п	Показатель	Весовой коэффициент (К вес. i)			Коэффициент стимулирования
		1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11 месяцев	3, 6, 9 месяцев	12 месяцев	
1.	Уровень госпитализации в стационар лиц 18 лет и старше на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории	0,125	0,062	0,040	Кгосп1
2.	Уровень госпитализации в стационар лиц с 5 до 18 лет на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории	0,125	0,062	0,040	Кгосп2
3.	Уровень вызовов скорой медицинской помощи к лицам 18 лет и старше на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории	0,125	0,062	0,040	Квыз1
4.	Уровень вызовов скорой медицинской помощи к лицам до 18 лет на 1000 застрахованных, прикрепившихся к МО-фондодержателю данной возрастной категории	0,125	0,062	0,040	Квыз2
5.	Доля экстренных госпитализаций в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения, %.	0,125	0,062	0,040	Кгосп3
6.	Наличие обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации, поступивших в ТФОМС АО, СМО	0,125	0,063	0,040	Ккж
7.	Количество выявленных случаев злокачественных новообразований на 1000 прикрепленного населения	0,125	0,063	0,040	Конко1
8.	Доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на III и IV стадиях в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний, %	0,125	0,063	0,040	Конко2
9.	Предоставление в реестрах счетов сведений о первичном выходе на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с заболеванием	-	0,062	0,040	Кинв

10.	Уровень заболевания инфарктом. Число случаев на 1000 лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-	0,063	0,040	Кинф1
11.	Уровень заболевания инсультом. Число случаев на 1000 лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-	0,063	0,040	Кинс1
12.	Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, %	-	0,063	0,040	Кдисп1
13.	Выполнение плана профилактических осмотров несовершеннолетних, %*	-	0,063	0,040	Кпроф
14.	Выполнение плана диспансеризации взрослого населения, %	-	0,063	0,040	Кдв
15.	Выполнение объемов медицинской помощи по обращениям по поводу заболеваний к специалистам, включенным в подушевое финансирование, % *	-	0,062	0,040	К обр.
16.	Выполнение объемов медицинской помощи по посещениям с профилактическими и иными целями к специалистам, включенным в подушевое финансирование, % *	-	0,062	0,040	К пос.
17.	Удельный вес повторных инфарктов в общем количестве инфарктов, %	-	-	0,040	Кинф повт
18.	Доля случаев с нарушениями, выявленными по результатам целевой и плановой медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, %	-	-	0,040	Кмээ
19.	Доля случаев с нарушениями, выявленными по результатам целевой и плановой экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, %	-	-	0,040	Кэкмп
20.	Доля лиц с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, %	-	-	0,040	Кдисп2
21.	Доля лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, %.	-	-	0,040	Кдисп3
22.	Число лиц, умерших от инсульта в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения. Число случаев на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-	-	0,040	Кинс2
23.	Число лиц, умерших от инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения. Число случаев на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-	-	0,040	Кинф2
24.	Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп, охваченных профилактическими прививками против гриппа, от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации, %	-	-	0,040	Квакц
25.	Доля умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете, от общего числа умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями	-	-	0,040	Конко3

Коэффициент результативности для данной группы МО-фондодержателей за 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11 месяц рассчитывается по формуле:

$$K_{рез} = K_{вес.i} \times K_{госп1} + K_{вес.i} \times K_{выз1} + K_{вес.i} \times K_{госп2} + K_{вес.i} \times K_{выз2} + K_{вес.i} \times K_{госп3} + K_{вес.i} \times K_{кж} + K_{вес.i} \times K_{онко1} + K_{вес.i} \times K_{онко2}$$

Коэффициент результативности для данной группы МО-фондодержателей за 3, 6, 9 месяц рассчитывается по формуле:

$Крез. = К\text{ вес.}i \times К\text{ госп}1 + К\text{ вес.}i \times К\text{ выз}1 + К\text{ вес.}i \times К\text{ госп}2 + К\text{ вес.}i \times К\text{ выз}2 + К\text{ вес.}i \times К\text{ госп}3 + К\text{ вес.}i \times Ккж + К\text{ вес.}i \times К\text{ онко}1 + К\text{ вес.}i \times К\text{ онко}2 + К\text{ вес.}i \times Кинв + К\text{ вес.}i \times Кинф + К\text{ вес.}i \times Кинс + К\text{ вес.}i \times К\text{ дисп}1 + К\text{ вес.}i \times Кпроф + К\text{ вес.}i \times Кдв + К\text{ вес.}i \times Кобр + К\text{ вес.}i \times К\text{ пос.}$

**Коэффициент результативности для данной группы МО-фондодержателей за год рассчитывается по формуле:**

$Крез. = К\text{ вес.}i \times К\text{ госп}1 + К\text{ вес.}i \times К\text{ выз}1 + К\text{ вес.}i \times К\text{ госп}2 + К\text{ вес.}i \times К\text{ выз}2 + К\text{ вес.}i \times К\text{ госп}3 + К\text{ вес.}i \times Ккж + К\text{ вес.}i \times К\text{ онко}1 + К\text{ вес.}i \times К\text{ онко}2 + К\text{ вес.}i \times Кинв + К\text{ вес.}i \times Кинф1 + К\text{ вес.}i \times Кинс1 + К\text{ вес.}i \times К\text{ дисп}1 + К\text{ вес.}i \times Кпроф + К\text{ вес.}i \times Кдв + К\text{ вес.}i \times Кинф\text{ повт} + К\text{ вес.}i \times Кмээ + К\text{ вес.}i \times Кэкмп + К\text{ вес.}i \times К\text{ дисп}2 + К\text{ вес.}i \times Кдисп3 + К\text{ вес.}i \times Кинс2 + К\text{ вес.}i \times Кинф2 + К\text{ вес.}i \times Квакц + К\text{ вес.}i \times Кконко3 + К\text{ вес.}i \times Кобр + К\text{ вес.}i \times К\text{ пос.}$

3) расчет коэффициента результативности деятельности МО-фондодержателей, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц до 18 лет, осуществляется по набору показателей и весовым коэффициентам, представленным в следующей таблице:

**Набор показателей и весовые коэффициенты для МО-фондодержателей, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц до 18 лет**

№ п/п	Показатель	Весовой коэффициент (К вес.и)			Коэффициент стимулирования
		1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11 месяцев	3, 6, 9 месяцев	12 месяцев	
2.	Уровень госпитализации в стационар лиц с 5 до 18 лет на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории	0,25	0,125	0,09	Кгосп2
4.	Уровень вызовов скорой медицинской помощи к лицам до 18 лет на 1000 прикрепленного населения данной возрастной категории	0,25	0,125	0,09	Квыз2
5.	Доля экстренных госпитализаций в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения, %.	0,25	0,125	0,09	Кгосп3
6.	Наличие обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации, поступивших в ТФОМС АО, СМО	0,25	0,125	0,09	Ккж
12.	Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения, %	-	0,125	0,095	Кдисп1
13.	Выполнение плана профилактических осмотров несовершеннолетних, %	-	0,125	0,095	Кпроф
15.	Выполнение объемов медицинской помощи по обращениям по поводу заболеваний к специалистам, включенным в подушевое финансирование, %	-	0,125	0,09	Кобр.
16.	Выполнение объемов медицинской помощи по посещениям с профилактическими и иными целями к специалистам, включенным в подушевое финансирование, %	-	0,125	0,09	К пос.
18.	Доля случаев с нарушениями, выявленными по результатам целевой и плановой медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, %	-	-	0,09	Кмээ
19.	Доля случаев с нарушениями, выявленными по результатам целевой и плановой экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, %	-	-	0,09	Кэкмп
24.	Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп, охваченных профилактическими прививками против гриппа, от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации, %	-	-	0,09	Квакц

Коэффициент результативности для данной группы МО-фондодержателей за 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11 месяц рассчитывается по формуле:

$$K_{рез} = K_{вес.i} \times K_{госп.2} + K_{вес.i} \times K_{выз.2} + K_{вес.i} \times K_{госп3} + K_{вес.i} \times K_{кж}$$

Коэффициент результативности для данной группы МО-фондодержателей за 3, 6, 9 месяц рассчитывается по формуле:

$$K_{рез} = K_{вес.i} \times K_{госп.2} + K_{вес.i} \times K_{выз.2} + K_{вес.i} \times K_{госп3} + K_{вес.i} \times K_{кж} + K_{вес.i} \times K_{дисп1} + K_{вес.i} \times K_{проф} + K_{вес.i} \times K_{обр} + K_{вес.i} \times K_{пос.}$$

Коэффициент результативности для данной группы МО-фондодержателей за год рассчитывается по формуле:

$$K_{рез} = K_{вес.i} \times K_{госп.2} + K_{вес.i} \times K_{выз.2} + K_{вес.i} \times K_{госп3} + K_{вес.i} \times K_{кж} + K_{вес.i} \times K_{дисп1} + K_{вес.i} \times K_{проф} + K_{вес.i} \times K_{мээ.} + K_{вес.i} \times K_{эмп.} + K_{вес.i} \times K_{вакц} + K_{вес.i} \times K_{обр} + K_{вес.i} \times K_{пос.}$$

10. ТФОМС АО в течение 7 рабочих дней с даты предоставления информации СМО и ГБУЗ АО «Медицинский информационно-аналитический центр» рассчитывает коэффициенты результативности деятельности МО-фондодержателей и направляет их в комиссию по разработке территориальной программы ОМС.

11. Коэффициенты результативности деятельности медицинских организаций рассматриваются комиссией по разработке территориальной программы ОМС и устанавливаются Тарифным соглашением.».

---