

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 том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) лиц;

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

3) оказание медицинской помощи в неотложной форме;

4) оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, не вошедшей в расчет подушевого норматива финансирования в рамках территориальной программы ОМС, а именно:

медицинскими работниками по должностям, непоименованным в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка;

законченный случай и повторный прием в Центрах здоровья;

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

при проведении диагностики заболеваний (новообразований) органов женской репродуктивной системы;

при проведении биопсии предстательной железы под контролем ультразвукового исследования;

профилактические медицинские осмотры и диспансеризация определенных групп взрослого населения, в том числе углубленная диспансеризация лиц, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), и лиц, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), по их желанию (в том числе второй этап диспансеризации) и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансеризация 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 (в том числе второй этап диспансеризации);

медицинские осмотры несовершеннолетних, проводимые в соответствии с порядками, утверждаемыми приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации (в том числе второй этап медицинских осмотров несовершеннолетних); профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних в связи с занятиями физической культурой и спортом;

диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

при проведении мероприятий по медицинской реабилитации;

комплексное посещение школы сахарного диабета;

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:

заместительной почечной терапии в амбулаторных условиях;

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

радионуклидных диагностических (сцинтиграфических) исследований;

пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в кабинетах пренатальной диагностики;

дополнительных лабораторных и диагностических исследований при подготовке к программе вспомогательных репродуктивных технологий;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы;

эндоскопического диагностического исследования;

патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний;

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

цитологического исследования микропрепарата шейки матки и цервикального канала методом жидкостной цитологии;

лабораторных (цитологических) исследований централизованными лабораториями путем взаиморасчетов через страховые медицинские организации;

при проведении позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией с опухолетропными РФП с контрастированием.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом

показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи, осуществляется в следующих случаях:

1) оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, в медицинских организациях, имеющих прикрепившееся население, а также в медицинских организациях, не имеющих прикрепившегося населения, поименованных в пунктах 1, 2, 3, 5, 6 приложения № 2 к Тарифному соглашению, которые являются исполнителями для фондодержателей, в плановой форме медицинскими работниками по следующим должностям:

врач педиатр-участковый;

врач-педиатр;

врач-терапевт участковый;

врач-терапевт;

врач общей практики (семейный врач);

врач-терапевт участковый цехового врачебного участка;

врач-физиотерапевт;

врач-невролог;

врач-инфекционист;

врач-хирург;

врач-оториноларинголог;

фельдшер;

врач-офтальмолог;

врач-дерматовенеролог;

врач-акушер-гинеколог;

акушер;

врач-уролог;

врач-детский уролог-андролог;

врач-детский хирург;

2) оказание медицинских услуг:

комплексное уродинамическое исследование врачом-акушером-гинекологом/врачом-урологом;

обследование (обращение) при подготовке к беременности в рамках «Сертификата молодоженов», в том числе при подготовке к программе ВРТ (женщины и мужчины) при сопровождении врачом-акушером-гинекологом/врачом-урологом;

дополнительные лабораторные и диагностические исследования при подготовке к программе ВРТ (женщины и мужчины) под контролем врача-акушера-гинеколога/врача-уролога;

обследования при постановке на диспансерный учет по беременности при первой явке независимо от срока беременности при сопровождении врачом-акушером-гинекологом;

обследования в III триместре беременности при сопровождении врачом-акушером-гинекологом;

аппаратное лечение детей с заболеванием глаза, его придаточного аппарата и орбиты врачом-офтальмологом;

законченный случай (обращение) к врачу-инфекционисту при первичном выявлении антител к вирусному гепатиту С;

законченный случай (обращение) к врачу-инфекционисту при полном диагностическом исследовании хронического вирусного гепатита С;

3) при оказании медицинской помощи с участием медицинского психолога, осуществляющего клинико-психологическое консультирование, при условии включения медицинского психолога в штат медицинской организации;

4) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

3. Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов рассчитывается в соответствии с разделом 8 настоящего Порядка и исключается при расчете объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу.

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

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

- **базовый тариф (БТ)** – 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 затратоемкости к базовой ставке;

- **коэффициент специфики (КС)** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф посещения с целью учета региональных особенностей оказания амбулаторной медицинской помощи;

- **коэффициент уровня медицинской организации (КУС)** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня медицинской организации 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.

5. 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 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;

- диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленная диспансеризация лиц, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), и лиц, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), по их желанию и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и профилактических медицинских осмотров, проводимых в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения;

- 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;

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

- комплексное посещение школы сахарного диабета;

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

- проведение заместительной почечной терапии (диализа) в амбулаторных условиях;

- по 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 магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ), радионуклидное диагностическое (сцинтиграфическое) исследование, размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос), ультразвуковое исследование сердечно-

сосудистой системы, эндоскопическое диагностическое исследование, молекулярно-генетическое исследование и патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), цитологическое исследование микропрепарата шейки матки и цервикального канала (методом жидкостной цитологии), проведение биопсии предстательной железы под контролем ультразвукового исследования, лабораторное (цитологическое) исследование централизованными лабораториями путем взаиморасчетов через страховые медицинские организации;

- при проведении мероприятий по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно (комплексные посещения);

- при проведении диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- при проведении позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией с туморотропными РФП с контрастированием;

- при проведении второго этапа диспансеризаций;

- первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным за пределами Архангельской области, в части обращений по поводу заболеваний.

6. Расчет базового тарифа финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в части посещений с профилактической и иными целями.

Базовый тариф (БТ) финансирования рассчитывается по следующей формуле:

$$BT = \frac{OC}{\sum_{noc} Ч_{noc} \times СПК} \text{ , где:}$$

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:

$$C_{noc} = BT \times ПК \times КД, \text{ где:}$$

БТ – базовый тариф 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 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», 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	1,555	1,905	2,465

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

$$ПК = KZ_{noc} \times KC_{noc} \times KUC_{noc}, \text{ где:}$$

KZ_{noc} – коэффициент относительной затратоемкости (относительный коэффициент стоимости посещения) с учетом специальности представлен в Таблице 2 настоящего Порядка;

KC_{noc} – коэффициент специфики;

KUC_{noc} – коэффициент уровня медицинской организации.

Перечень основных групп специальностей, медицинских специальностей, а также поправочных коэффициентов стоимости представлены в Таблице 2 настоящего Порядка:

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	1,19
		2	Врач-детский кардиолог			
		3	Врач-ревматолог	0,9740	3,10	1,19
			Итого	0,9740	3,10	1,19
2	Педиатрия	4	Врач-педиатр	1,2900	2,80	1,08
		5	Врач-педиатр участковый			

№ 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
3	Терапия	6	Врач-терапевт	0,8767	2,70	1,04
		7	Врач-терапевт участковый (цеховой)	0,8767	2,70	1,04
		8	Врач общей практики (семейный врач)	1,0000	2,70	1,04
		9	Врач-гериатр	1,1000	2,70	1,04
		10	Врач-физиотерапевт	0,7800	2,70	1,04
		11	Врач-гастроэнтеролог	1,1000	2,70	1,04
		12	Врач-гематолог	1,4000	2,70	1,04
		13	Врач-диетолог	0,7800	2,70	1,04
		14	Врач-пульмонолог	1,1000	2,70	1,04
		15	Врач-нефролог	1,0000	2,70	1,04
		16	Фельдшер	0,7594	2,70	1,04
		17	Врач по лечебной физкультуре	0,7800	2,70	1,04
		18	Врач по спортивной медицине	0,8767	2,70	1,04
			Итого	0,8554	2,70	1,04
4	Эндокринология	19	Врач-эндокринолог	1,7598	2,50	0,96
		20	Врач-детский эндокринолог			
5	Аллергология	21	Врач-аллерголог-иммунолог	1,6206	2,60	1,00
6	Неврология	22	Врач-невролог	1,0148	2,90	1,12
7	Инфекционные болезни	23	Врач-инфекционист	1,2842	2,40	0,92
8	Хирургия	24	Врач-хирург	0,9113	3,00	1,15
		25	Врач-детский хирург			
		26	Врач-торакальный хирург			
		27	Врач-нейрохирург			
		28	Врач-сердечно-сосудистый хирург			
		29	Врач-челюстно-лицевой хирург			
		30	Врач-колопроктолог			
9	Урология	31	Врач-уролог	0,7374	2,60	1,00
		32	Врач-детский уролог-андролог			
10	Оториноларингология	33	Врач-оториноларинголог	0,6853	4,10	1,58
		34	Врач-сурдолог-оториноларинголог	1,1000	4,10	1,58
			Итого	0,7102	4,10	1,58
11	Акушерство-гинекология	35	Врач-акушер-гинеколог	1,3705	3,80	1,46
		36	Акушер	0,8000	3,80	1,46
			Итого	1,1941	3,80	1,46
12	Офтальмология	37	Врач-офтальмолог	0,6088	3,80	1,46

№ 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
13	Дерматология	38	Врач-дерматовенеролог	0,7348	4,20	1,62
14	Онкология	39	Врач-онколог	0,9113	3,00	1,15
		40	Врач-детский онколог	0,9113	3,00	1,15
15	Травматология	41	Врач-травматолог-ортопед	0,9113	3,00	1,15

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

- 1) базовый тариф финансирования – 298,76 руб.;
- 2) коэффициент специфики 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;
- 3) коэффициент уровня медицинской организации 1.

7. 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 2);
- 2) КК пос – коэффициент кратности посещений в одном обращении (Таблица 2).

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

$$C_{обрj} = C_{посj} * СЧ_{пос} * КК_{пос}.$$

8. 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:

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

$Ч_{обрj}$ – число обращений к конкретному специалисту, утвержденное комиссией по разработке территориальной программой обязательного медицинского страхования.

9. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в части обращений по поводу заболеваний для конкретной специальности ($СС_{обрj}$) рассчитываются по формуле:

$$СС_{обрj} = C_{обрj} * КС.$$

10. Установлены отдельные тарифы на медицинскую помощь, оказанную мобильными медицинскими бригадами, с повышающим коэффициентом в размере 1,2 к тарифам на посещения, обращения и медицинские услуги.

11. Тарифы на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения установлены за комплексное посещение с учетом проведенных в рамках комплексного посещения лабораторных и диагностических исследований.

Тарифы на оплату обращений при проведении диспансерного наблюдения детского населения установлены с повышающим коэффициентом в размере 1,5 к тарифам за посещение с профилактической и иными целями.

Тарифы за обращение (комплексное посещение) по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» на дому установлены с повышающим коэффициентом в размере 1,1.

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

12. Оплата заместительной почечной терапии в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа.

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

- базовый тариф на оплату гемодиализа – 6 675,61 руб.;
- базовый тариф на оплату перитонеального диализа – 5493,18 руб.;
- коэффициенты относительной затратоемкости:

Таблица 3

№	Код услуги	Наименование услуги	Единица оплаты	Коэффициент относительной затратоемкости
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 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов

Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», 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	1,555	1,905	2,465

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 настоящего Порядка:

Таблица 5

№	Код	Услуга	Единица оплаты	Значение доли заработной платы, %
1	A18.05.002	Гемодиализ	услуга	22
2	A18.05.002.002	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	услуга	22
3	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	услуга	22
4	A18.05.011	Гемодиафильтрация	услуга	22
5	A18.30.001	Перитонеальный диализ	день обмена	24
6	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	день обмена	24
7	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	день обмена	24

В структуре тарифа на медицинскую услугу по проведению процедур диализа, 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

13. 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.

14. 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.

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

16. 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.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает:

1) расходы на оплату первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в медицинских организациях, имеющих прикрепившееся население, а также в медицинских организациях, не имеющих прикрепившегося населения, поименованных в пунктах 1, 2, 3, 5, 6 приложения № 2 к Тарифному соглашению, которые являются исполнителями для фондодержателей, в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеваниями медицинскими работниками по следующим должностям:

врач педиатр-участковый;

врач-педиатр;

врач-терапевт участковый;

врач-терапевт;

врач общей практики (семейный врач);

врач-терапевт участковый цехового лечебного участка;

врач-физиотерапевт;

врач-невролог;

врач-инфекционист

врач-хирург;

врач-оториноларинголог;

фельдшер;

врач-офтальмолог;

врач-дерматовенеролог;

врач-акушер-гинеколог;

акушер;

врач-уролог;
 врач-детский уролог-андролог;
 врач-детский хирург;

2) расходы на оказание следующих медицинских услуг:

комплексное уродинамическое исследование врачом-акушером-гинекологом/врачом-урологом;

обследование (обращение) при подготовке к беременности в рамках «Сертификата молодоженов», в том числе при подготовке к программе ВРТ (женщины и мужчины) при сопровождении врачом-акушером-гинекологом/врачом-урологом;

дополнительные лабораторные и диагностические исследования при подготовке к программе ВРТ (женщины и мужчины) под контролем врача-акушера-гинеколога/врача-уролога;

обследования при постановке на диспансерный учет по беременности при первой явке независимо от срока беременности при сопровождении врачом-акушером-гинекологом;

обследования в III триместре беременности при сопровождении врачом-акушером-гинекологом;

аппаратное лечение детей с заболеванием глаза, его придаточного аппарата и орбиты врачом-офтальмологом;

законченный случай (обращение) к врачу-инфекционисту при первичном выявлении антител к вирусному гепатиту С;

законченный случай (обращение) к врачу-инфекционисту при полном диагностическом исследовании хронического вирусного гепатита С;

3) расходы на оказании медицинской помощи с участием медицинского психолога, осуществляющего клиничко-психологическое консультирование, при условии включения медицинского психолога в штат медицинской организации;

4) расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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

1) расходы на первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, оказываемую медицинскими работниками по следующим должностям:

врач-ревматолог;
 врач-гематолог;
 врач-аллерголог-иммунолог;
 врач-торакальный хирург;
 врач-нейрохирург;
 врач-сердечно-сосудистый хирург;
 врач-челюстно-лицевой хирург;
 врач-колопроктологи;
 врач-нефролог;
 врач-сурдолог-оториноларинголог;

врач-онколог;
 врач-детский онколог;
 врач-травматолог-ортопед;
 врач-пульмонолог;
 врач-гастроэнтеролог;
 врач по спортивной медицине;
 врач-кардиолог;
 врач-детский кардиолог;
 врач по лечебной физкультуре;
 врач-эндокринолог;
 врач-детский эндокринолог;
 врач-диетолог;
 врач-гериатр;

- 2) расходы на оказание медицинской помощи в неотложной форме;
- 3) расходы на оплату услуг диализа в амбулаторных условиях;
- 4) расходы на оказание медицинской помощи в Центрах здоровья;
- 5) расходы на стоматологическую медицинскую помощь;
- 6) расходы на проведение:

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

диагностики заболеваний (новообразований) органов женской репродуктивной системы;

биопсии предстательной железы под контролем ультразвукового исследования;

диспансеризации взрослого населения, включая диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, 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, (в том числе второго этапа диспансеризации);

профилактических медицинских осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (в том числе второго этапа), проводимых в соответствии с порядками, утвержденными приказами Минздрава России;

углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), и лиц, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), по их желанию (в том числе второго этапа);

мероприятий по медицинской реабилитации (комплексные посещения);

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения (комплексные посещения), включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

комплексного посещения школы сахарного диабета;
 7) расходы на следующие медицинские услуги:
 исследования методом магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии;
 скintiграфические исследования,
 медицинские услуги при проведении обследования по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка в кабинетах пренатальной диагностики,
 патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии,
 молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний,
 тестирование на выявления новой коронавирусной инфекции (COVID-19),
 цитологические исследования микропрепарата шейки матки и цервикального канала (методом жидкостной цитологии),
 ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы,
 эндоскопические диагностические исследования;
 позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией с опухолюпротропными РФП с контрастированием;
 8) средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
 9) расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по ОМС за пределами Архангельской области.

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

5. Методика расчета подушевого норматива финансирования медицинской помощи

18. Определяется средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи (далее – АМП) для МО-фондодержателей в расчете на одно застрахованное лицо (ΦO_{CP}^{AMB}) по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

OC_{AMB} – объем средств на оплату АМП, рассчитывается по следующей формуле:

$$OC_{AMB} = (N_{OMO} \times N_{fzOMO} + N_{ODISP} \times N_{fzDISP} + N_{OIC} \times N_{fzIC} + N_{OO3} \times N_{fzO3} + N_{ONEOTL} \times N_{fzNEOTL} + N_{OMR} \times N_{fzMR} + N_{ODH} \times N_{fzDH} \times ЧЗ - OCMTP), \text{ где:}$$

Но _{ПМО}	средний норматив объема АМП для проведения профилактических медицинских осмотров в части базовой программы,
Но _{дисп}	средний норматив объема АМП для проведения диспансеризации в части базовой программы,
Но _{иц}	средний норматив объема АМП для посещений с иными целями, в части базовой программы ОМС,
Но _{оз}	средний норматив объема АМП в связи с заболеваниями в части базовой программы ОМС,
Но _{неотл}	средний норматив объема АМП в неотложной форме в части базовой программы ОМС,
Но _{мр}	средний норматив объема АМП для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в части базовой программы ОМС,
Но _{дн}	средний норматив объема АМП для диспансерного наблюдения в части базовой программы,
Нфз _{ПМО}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема АМП для проведения профилактических медицинских осмотров в части базовой программы,
Нфз _{дисп}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема АМП для проведения диспансеризации в части базовой программы,
Нфз _{иц}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема АМП для посещений с иными целями в части базовой программы ОМС,
Нфз _{оз}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема АМП в связи с заболеваниями в части базовой программы ОМС,
Нфз _{неотл}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема АМП в неотложной форме в части базовой программы ОМС,
Нфз _{мр}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема АМП для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в части базовой программы ОМС,
Нфз _{дн}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема АМП для диспансерного наблюдения в части базовой программы,
ОС _{мтр}	размер средств, направляемых на оплату АМП за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами

субъекта Российской Федерации на территории которого выдан полис ОМС,

Чз численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

19. Определяется базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи ($ПН_{БАЗ}$) по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ}}{Чз \times КД} \right) \times (1 - Рез), \text{ где:}$$

Рез доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (0,05),

КД коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;

ОС_{ПНФ} объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{ПНФ} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП},$$

где:

ОС_{ФАП} объем средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП/ФАП в соответствии с установленными территориальной программой ОМС размерами финансового обеспечения ФП/ФАП,

ОС_{ИССЛЕД} объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление короновирусной инфекции (COVID – 19) в соответствии с нормативами, установленными, в части базовой программы ОМС,

ОС_{НЕОТЛ} объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными в части базовой программы,

ОС_{ЕО} объем средств, направляемых на оплату АМП за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация», а также

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан),

ОС _{ПО}	объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными в части базовой программы,
ОС _{ДИСП}	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактические медицинские осмотры и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации).

20. На основе базового подушевого норматива финансирования АМП, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для МО-фондодержателей по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД_{ОТ}^i \times КД^i,$$

$ДП_{Н}^i$	дифференцированный подушевой норматив для i-той МО-фондодержателя,
$КД_{ПВ}^i$	коэффициент половозрастного состава, рассчитанный для i-той МО-фондодержателя,
$КД_{УР}^i$	коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) для i-той МО-фондодержателя,
$КД_{ЗП}^i$	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той МО-фондодержателя,
$КД_{ОТ}^i$	коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той МО-фондодержателя,
$КД^i$	коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, рассчитанного в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462.

21. Для расчета коэффициентов половозрастного состава 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 – шестьдесят четыре года, мужчины,
 пятьдесят пять – шестьдесят четыре года, женщины,
 шестьдесят пять лет и старше, мужчины/женщины.

Для групп мужчин и женщин в возрасте шестьдесят пять лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6.

22. Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации застрахованных 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 ($K_{Дот}$) определяются для i -той МО-фондодержателя исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий в размере:

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

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

23. Расчет тарифов на основе подушевого норматива финансирования АМП по базовой части для i -той МО-фондодержателя на одно прикрепившееся застрахованное лицо на месяц ($T_{ДПн}^i$) производится по формуле:

$$T_{ДПн}^i = ФДПн^i / 12, \text{ где:}$$

12 – число месяцев в году.

Показатели, используемые при расчете тарифов на основе подушевого норматива финансирования АМП представлены в приложении № 1 к настоящему Порядку.

24. Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой МО-фондодержателю и ранжирование МО-фондодержателей проводится один раз в квартал.

Перечень показателей результативности и методика оценки результативности деятельности представлены в приложении № 2 к настоящему Порядку.

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

Осуществление выплат по результатам оценки достижения МО-фондодержателями значений показателей результативности деятельности

производится по итогам года.

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

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

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

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$ОС_{РД(нас)} = \frac{0,7 \times ОС_{РД}}{\sum Числ},$$

где:

$ОС_{РД(нас)}$ объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций, в расчете на 1 прикрепленное лицо;

$ОС_{РД}$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций;

$\sum Числ$ численность прикрепленного населения ко всем медицинским организациям II и III групп.

Объем средств, направляемый в i -ю медицинскую организацию II и III групп при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($ОС_{РД(нас)_i}$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(нас)_i} = ОС_{РД(нас)} \times Числ_i,$$

где:

$Числ_i$ – численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации II и III групп.

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

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$ОС_{РД(балл)} = \frac{0,3 \times ОС_{РД}}{\sum Балл},$$

где:

$ОС_{РД(балл)}$ объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций,

	в расчете на 1 балл, рублей;
$ОС_{рд}$	совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций, рублей;
$\sum \text{Балл}$	количество баллов, набранных всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i -ю медицинскую организацию III группы, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($ОС_{рд(балл)_i}$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{рд(балл)_i} = ОС_{рд(балл)} \times \text{Балл}_i ,$$

где:

Балл_i количество баллов, набранных в j -м периоде i -той медицинской организацией III группы.

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

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепившихся лиц).

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в результате применения понижающих коэффициентов, установленных Комиссией, к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом вышеуказанных понижающих коэффициентов.

6. Порядок определения объема финансирования МО-фондодержателя

26. Плановый объем финансирования i -той МО-фондодержателя на прикрепившихся лиц, застрахованных (бюджет фондодержателя) по базовой части подушевого норматива финансирования АМП ($БФ_{мес i}$) ежемесячно определяется по формуле:

$$БФ_{мес i} = Т ДПн^i * \text{Числ}_i^j \text{ смо}, \text{ где:}$$

$\text{Числ}_i^j \text{ смо}$ – численность прикрепившихся к МО-фондодержателю лиц, застрахованных СМО.

27. Скорректированный объем финансирования i -той МО-фондодержателя ($V_{\text{финмес}i}$) по базовой части подушевого норматива ежемесячно рассчитывается СМО следующим образом:

$$V_{\text{финмес}i} = \text{БФ}_{\text{мес}i} - V_{\text{ИСП мес}i} + V_{\text{НЕПР мес}i}, \text{ где:}$$

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

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

30. Объем средств, направляемый в i -тую МО-фондодержателю на оплату АМП с учетом показателей результативности деятельности определяется СМО:

для II группы медицинских организаций по формуле:

$$\text{ОС}_{\text{РД(нас)}i} = \text{ОС}_{\text{РД(нас)}} \times \text{Числ}_{i\text{СМО}},$$

для III группы медицинских организаций по формуле:

$$\text{ОС}_{\text{РД}i} = \text{ОС}_{\text{РД(нас)}} \times \text{Числ}_{i\text{СМО}} + \text{ОС}_{\text{РД(балл)}i},$$

где:

$\text{Числ}_{i\text{СМО}}$ – численность прикрепившихся к МО-фондодержателю, застрахованных СМО лиц.

7. Оплата исследований, выполненных мобильной медицинской бригадой, укомплектованной передвижным маммографом

28. Расходы на оплату стоимости исследований, выполненных мобильной медицинской бригадой, укомплектованной передвижным маммографом, (далее – маммография) в амбулаторных условиях, включены в стоимость законченного случая лечения заболевания (обращения) и посещения с профилактическими и иными целями, в том числе в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

29. В случае проведения маммографии МО-исполнителем по направлению МО-заказчика лицам, застрахованным по ОМС на территории Архангельской области, оплата услуги осуществляется страховой медицинской организацией по единым тарифам, установленным для взаиморасчетов между медицинскими организациями (приложение № 13 к Тарифному соглашению) из общего объема финансирования страховой медицинской организации по дифференцированному подушевому нормативу на застрахованное лицо, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения

(приложение № 12 к Тарифному соглашению), при подготовке к программе вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 17 к Тарифному соглашению).

При этом при осуществлении окончательного расчета с МО-заказчиком за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в амбулаторных условиях, СМО уменьшают общую сумму средств на сумму средств, перечисленных МО-исполнителям за выполненные исследования по направлениям, выданным МО-заказчиком.

МО-исполнитель формирует и направляет в адрес страховой медицинской организации счета и реестры счетов отдельно по каждой медицинской организации, заказавшей проведение маммографии (МО-заказчик), в сроки и порядке, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. В страховую медицинскую организацию предъявляются на оплату счета и реестры счетов исключительно за исследования, выполненные по направлениям МО-заказчика.

30. В случае проведения маммографии МО-исполнителем по направлению МО-заказчика лицам, застрахованных по ОМС за пределами Архангельской области, оплата услуги осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов на основании заключенных между медицинскими организациями договоров.

8. Финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов

31. Средства на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов исключаются при расчете объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу.

32. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Положение), составляет в среднем (с КД = 1,629) на 2024 год:

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт,
обслуживающий до 100 жителей, - 651,5 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт,
обслуживающий от 101 до 900 жителей, - 2004,5 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт,
обслуживающий от 901 до 1500 жителей, - 4008,8 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт,
обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, - 4735,7 тыс. рублей.

33. При расчете размера годового финансового обеспечения для каждого фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта в зависимости от места его расположения применяются коэффициенты дифференциации, рассчитанные в соответствии с постановлением Правительства Российской

Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»:

Показатель	Значение показателя	
	для местностей, приравненных к районам Крайнего Севера	для районов Крайнего Севера
Коэффициент дифференциации	1,555	1,905

34. В случае оказания медицинской помощи указанными пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

35. Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей, определяется с учетом применения понижающего коэффициента равного 0,325 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей. Коэффициент к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, от 901 до 1500 жителей и от 1501 до 2000 жителей равен 1,0.

В случае, если фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт укомплектован из медицинского персонала только медицинской сестрой, применяется понижающий коэффициент равный 0,550.

36. Размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, не соответствующих требованиям, установленным Положением, в части укомплектованности штатными должностями, определяются с учетом применения понижающих коэффициентов (коэффициента специфики) к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, от 901 до 1500 жителей и от 1501 до 2000 жителей соответственно:

Укомплектованность ФП/ФАП должностями, в %	Размер коэффициента специфики
до 25 %	0,325
от 25 % до 50 %	0,550

от 50 % до 75 %	0,775
от 75 % и выше	1,000

37. Годовой объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БНФ_{ФАП}^n \times КС_{БНФ}^n), \text{ где:}$$

$ОС_{ФАП}^i$ - размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;

$Ч_{ФАП}^n$ - число фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным Положением);

$БНФ_{ФАП}^n$ - базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа с учетом коэффициента дифференциации;

$КС_{БНФ}^n$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям Положения, значение поправочного коэффициента устанавливается равным 1).

38. В случае изменения параметров фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (численность обслуживаемого населения, соответствие/несоответствие требованиям, установленным Положением) размер годового объема финансирования подлежит корректировке с 1-го числа первого месяца очередного квартала. Оценка указанных параметров осуществляется ежеквартально по состоянию на первое число первого месяца квартала, предшествующего очередному кварталу.

39. Размер месячного финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов равен 1/12 годового размера финансового обеспечения и производится по формуле:

$$ОС_{ФАП \text{ мес}} = ОС_{ФАП \text{ год}} / 12, \text{ где } 12 - \text{число месяцев в году.}$$

Размер месячного финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов и его распределение осуществляется исходя из количества обслуживаемых застрахованных лиц и устанавливается приложением № 26 к Тарифному соглашению.

40. Медицинская организация ежемесячно формирует отдельные счета на оплату медицинской помощи, оказанной в каждом фельдшерском здравпункте, фельдшерско-акушерском пункте, в размере их месячного финансового обеспечения с учетом его распределения в разрезе страховых медицинских организаций, одновременно с которыми представляется персонифицированный реестр счета, содержащий сведения о фактически оказанной медицинской помощи каждым фельдшерским, фельдшерско-акушерским пунктом.

Формирование счетов и реестров счетов осуществляется в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79.

10. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации отдельных категорий граждан

41. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с порядками, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 года № 404н, от 1 июля 2021 года № 698н, от 15 марта 2022 года № 168н, от 10 августа 2017 года № 514н, от 15 февраля 2013 года № 72н, от 21 апреля 2022 года № 275н, от 4 июня 2020 г. № 548н осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

42. В случае отсутствия у медицинской организации необходимого оборудования для выполнения медицинской услуги, входящей в состав комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра/диспансеризации/ диспансерного наблюдения или врача-специалиста, осмотр которого также входит в данное комплексное посещение, медицинская организация вправе организовать прохождение таких осмотров и медицинских услуг в другой медицинской организации по договорам о возмездном оказании медицинских услуг между медицинскими организациями или путем межучрежденческих расчетов через страховую медицинскую организацию по тарифам, установленным в приложении № 13 к тарифному соглашению в сфере ОМС Архангельской области в рамках территориальной и базовой программ ОМС.

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, установлены отдельные тарифы на медицинские услуги (медицинские вмешательства, исследования, осмотры врачей-специалистов), оказанные мобильными медицинскими бригадами с повышающим коэффициентом в размере 1,2 к тарифам на медицинские услуги.

По повышенным тарифам оплата медицинской помощи производится только в случае, если она выполнена с использованием передвижных мобильных комплексов, к которым также относятся и мобильные лечебно-профилактические модули.

43. Медицинская организация, осуществляющая проведение профилактического осмотра/диспансеризации/ диспансерного наблюдения при выставлении на оплату реестров счетов может учесть результаты осмотров и медицинских услуг, ранее выполненных врачами-специалистами сторонних медицинских организаций, в том числе осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

Факт выполнения осмотров врачей-специалистов и медицинских услуг должен быть подтвержден соответствующими записями, внесенными в установленном порядке в первичную медицинскую документацию.

При этом следует учитывать, что при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения и диспансерного наблюдения могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

Давность осмотров у несовершеннолетнего не должна превышать трех месяцев с даты фактического осмотра врача-специалиста, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2-х лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами, давность которых не превышает одного месяца с даты осмотра врача-специалиста.

44. Медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную медицинскую услугу (медицинские вмешательства, исследования, осмотры врачей-специалистов) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление.

45. СМО осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора оказания медицинской помощи (МО-заказчика) в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации (МО-исполнителю), в которой были фактически выполнены отдельные медицинские услуги (медицинские вмешательства, исследования, осмотры врачей-специалистов), за выполнение указанных отдельных медицинских услуг по направлениям,

выданным данной медицинской организацией.

46. МО-исполнитель формирует и направляет в адрес СМО счета и реестры счетов отдельно по каждой медицинской организации, заказавшей медицинскую услугу или осмотр врача-специалиста в рамках проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних или диспансеризации отдельных категорий детей, в сроки и порядке, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, Правилами ОМС, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, Методическими указаниями по представлению информации в сфере ОМС, направленными письмом ФОМС от 30.12.2011 № 9161/30-1/и, Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере ОМС, утвержденными приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79.

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

Показатели, используемые при расчете тарифов на основе подушевого
норматива финансирования АМП:

1) размер базового норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на год – 1 854,73 руб. без учета коэффициента дифференциации по территориям;

Таблица № 1

Коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи

Показатель	Значение показателя		
	средний показатель	для местностей, приравненных к районам Крайнего Севера	для районов Крайнего Севера
КД	1,629	1,555	1,905

Таблица № 2

Коэффициенты половозрастного состава

половозрастные группы											
0-1 год (11 месяцев и 29 дней)		1-4 лет		5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60 - 64 лет	55 -64 лет	65 лет и старше	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
2,069	1,937	2,566	2,543	1,444	1,561	0,275	0,936	0,402	0,819	1,600	1,603

Таблица № 3

Коэффициенты дифференциации, применяемые при расчете тарифов
на основе подушевого норматива финансирования АМП

№ п/п	Наименование МО	КДпв	КДур	КДзп	КДот	КД
1	ГБУЗ АО «Первая городская	0,990	1,000	1,000	1,000	1,555

№ п/п	Наименование МО	КДпв	КДур	КДзп	КДот	КД
	клиническая больница им.Е.Е. Волосевич»					
2	ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 4»	1,013	1,000	1,000	1,000	1,555
3	ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6»	0,986	1,000	1,000	1,006	1,555
4	ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7»	1,011	1,000	1,000	1,000	1,555
5	ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника № 1»	0,852	1,000	1,000	1,006	1,555
6	ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника № 2»	1,009	1,000	1,000	1,000	1,555
7	ГБУЗ АО «Архангельская городская детская клиническая поликлиника»	1,727	1,000	1,000	1,007	1,555
8	ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница № 1»	0,842	1,000	1,000	1,000	1,905
9	ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница № 2 скорой медицинской помощи»	0,868	1,000	1,000	1,000	1,905
10	ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская клиническая больница»	1,722	1,000	1,000	1,000	1,905
11	ГБУЗ АО «Котласская центральная городская больница имени святителя Луки (В.Ф. Войно- Ясенецкого)»	1,055	1,000	1,000	1,013	1,555

№ п/п	Наименование МО	КДпв	КДур	КДзп	КДот	КД
12	ГБУЗ АО «Коряжемская городская больница»	1,008	1,000	1,000	1,040	1,555
13	ГБУЗ АО «Мирнинская центральная городская больница»	1,067	1,000	1,000	1,113	1,555
14	ГБУЗ АО «Новодвинская центральная городская больница»	1,009	1,000	1,000	1,040	1,555
15	ГБУЗ АО «Вельская центральная районная больница»	1,028	1,000	1,000	1,040	1,555
16	ГБУЗ АО «Верхнетоемская центральная районная больница»	1,002	1,000	1,000	1,113	1,555
17	ГБУЗ АО «Виноградовская центральная районная больница»	1,000	1,000	1,000	1,113	1,555
18	ГБУЗ АО «Ильинская центральная районная больница»	1,023	1,000	1,000	1,113	1,555
19	ГБУЗ АО «Каргопольская центральная районная больница им.Н.Д. Кировой»	1,011	1,000	1,000	1,113	1,555
20	ГБУЗ АО «Карпогорская центральная районная больница»	0,976	1,000	1,000	1,113	1,905
21	ГБУЗ АО «Коношская центральная районная больница»	1,041	1,000	1,000	1,113	1,555
22	ГБУЗ АО «Красноборская центральная районная больница»	1,001	1,000	1,000	1,113	1,555
23	ГБУЗ АО «Лешуконская центральная районная	0,973	1,000	1,000	1,113	1,905

№ п/п	Наименование МО	КДпв	КДур	КДзп	КДот	КД
	больница»					
24	ГБУЗ АО «Мезенская центральная районная больница»	0,992	1,000	1,000	1,113	1,905
25	ГБУЗ АО «Няндомская центральная районная больница»	1,070	1,000	1,000	1,040	1,555
26	ГБУЗ АО «Онежская центральная районная больница»	0,982	1,000	1,000	1,040	1,555
27	ГБУЗ АО «Плесецкая центральная районная больница»	0,980	1,000	1,000	1,040	1,555
28	ГБУЗ АО «Приморская центральная районная больница»	0,975	1,000	1,000	1,040	1,555
29	ГБУЗ АО «Устьянская центральная районная больница»	1,009	1,000	1,000	1,040	1,555
30	ГБУЗ АО «Холмогорская центральная районная больница»	1,004	1,000	1,000	1,113	1,555
31	ГБУЗ АО «Шенкурская центральная районная больница им. Н.Н. Приорова»	1,004	1,000	1,000	1,113	1,555
32	ГБУЗ АО «Яренская центральная районная больница»	1,001	1,000	1,000	1,113	1,555
33	ФГУ «Северный медицинский центр имени Н.А.Семашко ФМБА»	0,973	1,000	1,000	1,000	1,555
34	ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 58 Федерального	0,758	1,000	1,000	1,000	1,905

№ п/п	Наименование МО	КДпв	КДур	КДзп	КДот	КД
	медико-биологического агентства»					
35	ЧУЗ «КП «РЖД-Медицина» г. Архангельск»	0,791	1,000	1,000	1,077	1,555
36	ООО «Семейная клиника Майская горка»	0,932	1,000	1,000	1,000	1,555

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

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

1. Методика включает разделение оценки показателей на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи - профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

2. Суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации могут рассчитываются без учета показателей результативности одного из блоков, в случае если эти показатели неприменимы для конкретной медицинской организации.

3. Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1 (взрослое население),
- 7 баллов для показателей блока 2 (детское население),
- 6 баллов для показателей блока 3 (женское население).

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 2 баллов.

4. Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, проводится по следующим показателям:

№	Наименование показателя	Источник информации	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя***	Макс. балл**
Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)					19
Оценка эффективности профилактических мероприятий					
1	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому)	ТФОМС АО	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 3 % - 0 баллов; Прирост ≥ 3 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 7 % - 1 балл; Значение показателя в текущем периоде выше среднего значения по субъекту Российской Федерации**** в	1

				текущем периоде (далее – выше среднего) - 0,5 балла; В текущем периоде достигнуто максимально возможное значение показателя (далее – максимально возможное значение) - 1 балл	
2	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период	ТФОМС АО	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 1 балл; Прирост ≥ 10 % - 2 балла; Выше среднего - 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла	2
3	Доля взрослых с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период	ТФОМС АО	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
4	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период	ТФОМС АО	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
5	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период	ТФОМС АО	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально	1

				возможное значение - 1 балл	
6	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)	МЗ АО	достижение планового показателя - 80%	100 % плана или более - 2 балла; Выше среднего - 1 балл	2
Оценка эффективности диспансерного наблюдения					
7	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период	ТФОМС АО	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 3 % - 0 баллов; Прирост ≥ 3 % - 1 балл; Прирост ≥ 7 % - 2 балла; Выше среднего - 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла	2
8	Число взрослых с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период	ТФОМС АО	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл; Значение показателя в текущем периоде ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации**** в текущем периоде (далее – ниже среднего) - 0,5 балла; В текущем периоде достигнуто минимально возможное значение показателя (далее – минимально возможное значение) - 1 балл	1
9	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период	ТФОМС АО	достижение планового показателя ≥ 70%	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
10	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая	ТФОМС АО	достижение планового	100% плана или более - 1 балл;	1

	обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период		показателя $\geq 70\%$	Выше среднего - 0,5 балла	
11	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период	ТФОМС АО	достижение планового показателя $\geq 70\%$	100% плана или более - 2 балла; Выше среднего - 1 балл	2
12	Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период	ТФОМС АО	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение $< 5\%$ - 0 баллов; Уменьшение $\geq 5\%$ - 0,5 балла; Уменьшение $\geq 10\%$ - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1
13	Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений	ТФОМС АО	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение $< 3\%$ - 0 баллов; Уменьшение $\geq 3\%$ - 1 балл; Уменьшение $\geq 7\%$ - 2 балла; Ниже среднего - 1 балл; Минимально возможное значение - 2 балла	2
14	Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период	ТФОМС АО	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение $< 5\%$ - 0 баллов; Уменьшение $\geq 5\%$ - 0,5 балла; Уменьшение $\geq 10\%$ - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1
Детское население (от 0 до 17 лет включительно)					7
Оценка эффективности профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения					
15	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок	МЗ АО	достижение планового показателя - 75%	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
16	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное	ТФОМС АО	достижение планового	100 % от числа подлежащих	1

	наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период		показателя - 100%	диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	
17	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период	ТФОМС АО	достижение планового показателя - 100%	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период	ТФОМС АО	достижение планового показателя - 100%	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период	ТФОМС АО	достижение планового показателя - 100%	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 2 балла; Выше среднего – 1 балл	2
20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период	ТФОМС АО	достижение планового показателя - 100%	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
Оказание акушерско-гинекологической помощи					6
Оценка эффективности профилактических мероприятий					
21	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период	МЗ АО	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
22	Доля беременных женщин, вакцинированных от новой	МЗ АО	достижение планового	100% плана или более - 1 балл;	1

	коронавирусной инфекции (COVID-19), за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода		показателя - 20%	Выше среднего - 0,5 балла	
23	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период	ТФОМС АО	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
24	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период	ТФОМС АО	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
25	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период	МЗ АО	достижение планового показателя - 95%	100 % плана или более – 2 балла; выше среднего – 1 балл	2

* по набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10);

** по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования рекомендуемые значения максимальных баллов и их количество могут быть пересмотрены для учреждений, которые оказывают помощь женщинам и детскому населению (отдельные юридические лица);

*** выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов. В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов – присваивается максимальный из возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в пункте 9 настоящего приложения, равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель (по решению субъекта Российской Федерации) может исключаться из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период;

**** среднее значение по субъекту Российской Федерации по показателям рекомендуется рассчитывать на основании сведений об оказании медицинской помощи медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, путем деления суммы значений, указанных в числителе соответствующих формул, приведенных в пункте 9 настоящего приложения, на сумму значений, указанных в знаменателе соответствующих формул, приведенных в пункте 9 настоящего приложения. Полученное значение умножается на 100 по аналогии с алгоритмом, описанным в пункте 9 настоящего приложения.

5. К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, целесообразно относить любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом, указанных в таблице:

Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнение заболевания
Ишемические болезни сердца I20-I25 Гипертензивные болезни I10-I11; I12-I13 Цереброваскулярные болезни I60-I69	Сахарный диабет E10-E11 Хроническая обструктивная легочная болезнь J44.0-J44.9 Хроническая болезнь почек, гипертензивная болезнь с поражением почек N18.1-N18.9	Недостаточность сердечная I50.0-I50.9 Нарушение ритма I48-49 Нарушения проводимости I44-I45 Сердце легочное хроническое I27.9 Гипостатическая пневмония J18.2 Недостаточность почечная N18.9 Уремия N19 Гангрена R02 Недостаточность легочная J98.4 Эмфизема J43.9

6. Минимально возможным значением показателя является значение «0». Максимально возможным значением показателя «100 процентов».

7. Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций, проводится ежеквартально.

8. Мониторинг и оценка достижения значений показателей №№ 1 – 5, 7 - 14, 16 - 20, 23, 24 осуществляется на основании принятых к оплате счетов и реестров счетов, информационного ресурса ТФОМС АО, регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

9. Мониторинг и оценка достижения значений показателей №№ 6, 15, 21, 22, 25, осуществляется на основании данных министерства здравоохранения Архангельской области. Информация по показателям предоставляется не позднее 10 числа месяца следующего за отчетным кварталом.

10. ТФОМС АО на основании полученных данных осуществляет расчет показателей результативности деятельности медицинских организаций, расчет суммарного балла по каждой медицинской организации, ранжирование медицинских организаций.

11. Расчет показателей №№ 1 – 25 осуществляется в следующем порядке:

№	Наименование показателя	Формула расчета**
Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)		
Оценка эффективности профилактических мероприятий		
1	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому)	$D_{prof} = \frac{P_{prof}}{(P_{vs} + Oz * k)} \times 100,$ где: D_{prof} – доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому), выраженное в процентах; P_{prof} – число врачебных посещений с профилактической целью за период;

		Pvs – посещений за период (включая посещения на дому); Oz – общее число обращений за отчетный период; k – коэффициент перевода обращений в посещения.
2	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период	$D_{бск} = \frac{BSK_{дискп}}{BSK_{вп}} \times 100,$ где: Dбск – доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период; BSK_{дискп} – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; BSK_{вп} – общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.
3	Доля взрослых с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период	$D_{зно} = \frac{ZNO_{дискп}}{ZNO_{вп}} \times 100,$ где: Dзно – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период; ZNO_{дискп} – число взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; ZNO_{вп} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.
4	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период	$D_{хобл} = \frac{H_{дискп}}{H_{вп}} \times 100,$ где: Dхобл – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период; H_{дискп} – число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; H_{вп} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.
5	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при	$D_{сд} = \frac{SD_{дискп}}{SD_{вп}} \times 100,$ где:

	профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период	Дсд – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период; SDдисп – число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; SDвп – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.
6	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)	$V_{v\text{эпид}} = \frac{F_{v\text{эпид}}}{P_{v\text{эпид}}} \times 100,$ где: $V_{v\text{эпид}}$ – процент выполнения плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19); $F_{v\text{эпид}}$ – фактическое число взрослых граждан, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19 в отчетном периоде; $P_{v\text{эпид}}$ – число граждан, подлежащих вакцинации по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)
Оценка эффективности диспансерного наблюдения		
7	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период	$DN_{\text{риск}} = \frac{R_{\text{дн}}}{R_{\text{вп}}} \times 100,$ где: $DN_{\text{риск}}$ – доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период; $R_{\text{дн}}$ – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением; $R_{\text{вп}}$ – общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период.
8	Число взрослых с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период	$S_{\text{риск}} = \frac{V_{\text{риск}}}{D_{\text{риск}}} \times 100,$ где: $S_{\text{риск}}$ – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и (или) скорой медицинской помощи, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период; $V_{\text{риск}}$ – число взрослых пациентов с болезнями

		системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь по поводу болезней системы кровообращения*, приводящих к высокому риску преждевременной смертности; Дриск – общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период.
9	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период	$DN_{бск} = \frac{BSK_{дн}}{BSK_{вп}} \times 100,$ где: DN_{бск} – доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период; BSK_{дн} – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; BSK_{вп} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.
10	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период	$DN_{хобл} = \frac{H_{дн}}{H_{вп}} \times 100,$ где: DN_{хобл} – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период; H_{дн} – число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; H_{вп} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.
11	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период	$DN_{сд} = \frac{SD_{дн}}{SD_{вп}} \times 100,$ где: DN_{сд} – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период; SD_{дн} – число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; SD_{вп} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.
12	Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в	$H_{всего} = \frac{O_{всего}}{Dn_{всего}} \times 100,$

	связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период	где: Нвсего – доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период; Овсего – число взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением; Днвсего – общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.
13	Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений	$P_{бск} = \frac{PН_{бск}}{Н_{бск}} \times 100,$ где: Рбск – доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений; РНбск – число взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации; Нбск – общее число взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.
14	Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период	$SD = \frac{Osl}{SD} \times 100,$ где: SD – доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период; Osl – число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа); SD – общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.
Детское население (от 0 до 17 лет включительно)		
Оценка эффективности профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения		
15	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок	$V_{днац} = \frac{F_{днац}}{P_{днац}} \times 100,$ где:

		Vднац – процент охвата вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде; Fднац – фактическое число вакцинированных детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде; Rднац – число детей соответствующего возраста (согласно Национальному календарю прививок) на начало отчетного периода.
16	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период	$Ddkms = \frac{Cdkms}{Cp kms} \times 100,$ где: Ddkms - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; Cdkms - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; Cp kms - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.
17	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период	$Ddgl = \frac{Cdgl}{Cp gl} \times 100,$ где: Ddgl - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период; Cdgl - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период; Cp gl – общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период	$Dbop = \frac{Cdbop}{Cp bop} \times 100,$ где: Dbop - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период; Cdbop - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период; Cp bop - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.

19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период	$Ddbsk = \frac{Cdbsk}{Cpbsk} \times 100,$ где: Ddbsk - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период; Cdbsk - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период Cpbsk - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.
20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период	$Ddbes = \frac{Cdbes}{Cpbes} \times 100,$ где: Ddbes - доля детей в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период; Cdbes - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период; Cpbes - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.
Оказание акушерско-гинекологической помощи		
Оценка эффективности профилактических мероприятий		
21	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период	$W = \frac{K_{отк}}{K} \times 100,$ где: W – доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период; Kотк – число женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности; K – общее число женщин, прошедших доабортное консультирование за период.
22	Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции (COVID-19), за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода	$Vbcovid = \frac{Fbcovid}{Pbcovid} \times 100,$ где: Vbcovid – доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода; Fbcovid – фактическое число беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период; Pbcovid – число женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.

23	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период	$Z_{\text{шм}} = \frac{A_{\text{шм}}}{V_{\text{шм}}} \times 100,$ где: $Z_{\text{шм}}$ – доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период; $A_{\text{шм}}$ – число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации; $V_{\text{шм}}$ – общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.
24	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период	$Z_{\text{мж}} = \frac{A_{\text{мж}}}{V_{\text{мж}}} \times 100,$ где: $Z_{\text{мж}}$ – доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период; $A_{\text{мж}}$ – число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации; $V_{\text{мж}}$ – общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.
25	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период	$B = \frac{S}{U} \times 100,$ где: B – доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период; S – число беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода при сроке беременности 11-14 недель (УЗИ и определение материнских сывороточных маркеров) и 19-21 неделя (УЗИ), с родоразрешением за период; U – общее число женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период, с родоразрешением за период.

* - по набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10);

** - в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчета показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации за отчетный и предыдущий год соответственно путем пересчета к годовому значению.

12. Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением

смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте 0 – 17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90% установленных решением Комиссии объемов медицинской помощи:

- обращения по заболеванию,
- посещения с профилактическими и иными целями.

В случае, если не достигнуто снижение показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90% объема медицинской помощи по одному или двум указанным в настоящем пункте объемным показателям, Комиссией устанавливается понижающий коэффициент к размеру стимулирующих выплат в размере 0,9. К медицинской организации, выполнившей более 90% установленных решением Комиссии объемов медицинской помощи по обоим объемным показателям, понижающий коэффициент не применяется.»
