

Порядок

применения тарифов, финансовых и подушевых нормативов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)

1. Общие положения

Настоящий Порядок определяет применение тарифов, финансовых и подушевых нормативов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и на оказание скорой медицинской помощи, предоставляемой вне медицинской организации.

На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{\chi_3}, \text{ где:}$$

OC_{AMB} объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, рублей;

Ч₃ численность застрахованного населения Республики Ингушетия, человек.

На 2023 год данный показатель $\Phi_{\text{CP}}^{\text{AMB}}$ составляет 5 929,36 руб.

Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ}}}{\chi_3 \times \text{КД}} \right) \times (1 - \text{Рез}),$$

где:

$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$ базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

$\text{ОС}_{\text{ПНФ}}$ объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

Рез доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности;

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

Значение $\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$ на 2023 год составляет 1 988,816 рублей.

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в субъекте Российской Федерации при расчете значений коэффициента специфики оказания медицинской помощи учитываются половозрастные коэффициенты дифференциации:

м0-1	ж0-1	м1-4	ж1-4	м5-17	ж5-17	м18-64	ж18-64	м65	ж65
0,785	0,947	1,201	1,207	1,419	1,366	0,646	1,067	1,600	1,600

Коэффициент дифференциации $\text{КД}_{\text{от}}$ на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц таких медицинских организаций с учетом расходов на содержание медицинской

организации и оплату труда персонала исходя из расположения и удаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

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

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

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия ($\Delta\text{П}_H^i$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$\Delta\text{П}_H^i = \Pi_{\text{БАЗ}} \times K\text{Д}_{\text{пв}}^i \times K\text{Д}_{\text{ур}}^i \times K\text{Д}_{\text{зп}}^i \times K\text{Д}_{\text{от}}^i \times K\text{Д}^i,$$

где:

$\Delta\text{П}_H^i$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$K\text{Д}_{\text{пв}}^i$ коэффициент половозрастного состава, для i -той медицинской организации;

$K\text{Д}_{\text{ур}}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i -той медицинской организации (при необходимости);

$K\text{Д}_{\text{зп}}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации (при необходимости);

$K\text{Д}_{\text{от}}^i$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i -той медицинской

организации;

KD^i коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации.

Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования и значения данных коэффициентов приведены в Приложении 12 к ГТС.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к ОС_{ПНФ} (за исключением средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$PK = \frac{OS_{PNF} \times (1 - Rez)}{\sum_i (DP_H^i \times \chi_3^i)}$$

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования применяются фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, которые рассчитываются по формуле:

$$FDP_H^i = DP_H^i \times PK, \text{ где:}$$

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

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, методика расчета критериев результативности деятельности медицинских организаций при выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования, финансируемых по подушевому нормативу и порядок расчета значений критериев результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, указаны в Приложении 22 к ГТС на 2023 год.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 543н) составляет в среднем на 2023 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 174,2 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 860,3 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 2 088,9 тыс. рублей.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\Phi AP}^i = \sum_n (\chi_{\Phi AP}^n \times BN\Phi_{\Phi AP}^n \times KC_{BN\Phi}^n),$$

где:

$OC_{\Phi AP}^i$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации;

$\chi_{\Phi AP}^n$ число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

$BN\Phi_{\Phi AP}^n$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;

$KC_{BN\Phi}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат

на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения определен Разделом VI Программы, устанавливается значение коэффициента равное 1).

В случае, если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАП}_{\text{НГ}}}^j + \left(\frac{БНФ_{\text{ФАП}}^j \times КС_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{МЕС}} \right),$$

где:

$OC_{\text{ФАП}}^j$ фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

$OC_{\text{ФАП}_{\text{НГ}}}^j$ объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n_{\text{МЕС}}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

Объем финансового обеспечения фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов приведен в Приложении 25 к ГТС.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи

(комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042), от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, применяемые при межучрежденческих расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад, указаны в Приложениях 14. 15. 16 к ГТС.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья. Тарифы на оплату

диспансерного наблюдения указаны в Приложении 27 к ГТС.

Тарифы на исследования и медицинские вмешательства, включенные в углубленную диспансеризацию, указаны в Приложении 13 к ГТС.

Порядок учета объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

Учет объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим показателям:

а) посещение:

- с профилактической целью;
- в связи с оказанием неотложной помощи;
- с иными целями

б) обращение по поводу заболевания.

Объем медицинской помощи, оказываемой с профилактической целью, включает посещения:

- центров здоровья;
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в связи с диспансерным наблюдением;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;

Объем медицинской помощи, оказываемой с иными целями, включает:

- разовые посещения по поводу заболевания, в том числе посещения среднего медицинского персонала;
- посещения, связанные с диагностическим обследованием;
- направления на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар;
- получение справки, в том числе справки по форме № 086/у лицами до 19 лет включительно, санаторно-курортной карты и других медицинских документов.

Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с

признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

К посещениям в связи с оказанием неотложной помощи относятся посещения в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины):

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;
- при обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи.

По одному поводу обращения может быть сделано несколько тарифицированных посещений к одному или нескольким специалистам. Посещение в течение дня больным одного и того же врача учитывается как одно посещение (за исключением посещений к врачу стоматологу).

Тарифы за врачебные посещения установленные в Приложении № 17 к ГТС на 2023 год применяются для оплаты первичной доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи не прикрепленному населению, оказываемой врачами соответствующих специальностей, ведущими амбулаторный, в том числе консультативный прием, и (или) осуществляющими врачебную помощь при вызовах на дом. Вместе с тем, данные тарифы используются и медицинскими организациями имеющими прикрепленное население в формировании реестров-счетов.

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям учитываются условные единицы трудоемкости (УЕТ), которые используются для планирования учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда. Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по посещениям осуществляется с учетом УЕТ. При этом для оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая составляет 4,2. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной, специализированной

стоматологической помощи, выраженной в УЕТ утвержден Приложением №19 к ГТС.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи. Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий для межучрежденческих расчетов, в том числе для референс-центров, установлены в Приложении № 26 к ГТС на 2023.

Тарифы за диагностические (лабораторные) исследования, установленные в Приложении № 20 к ГТС на 2023 год применяются в случае проведения указанных исследований по назначению специалистов медицинских организаций и направлению, оформленному медицинской организацией по месту прикрепления застрахованного, в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Ингушетия.

В случае невозможности оказания диагностических (лабораторных) исследований в медицинской организации по месту прикрепления застрахованного, диагностические (лабораторные) исследования проводятся медицинскими организациями, входящими в систему обязательного медицинского страхования, на базе которого указанные диагностические (лабораторные) исследования проводятся на оборудовании, находящемся на балансе данной медицинской организации.

Тарифы «Прием в центре здоровья» применяются при оказании медицинских услуг в «Центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в МО согласно Приложения № 9 к ГТС на 2023 год.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{CМП} = \frac{O C_{CМП}}{\chi_3},$$

где:

ОС_{СМП} объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, рублей;

Ч₃ численность застрахованного населения Республики Ингушетия, человек.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_B}{Ч_3 \times КД},$$

где:

Пн_{БАЗ} базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

ОС_B объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Республике Ингушетия лицам за вызов, рублей;

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

На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в Республике Ингушетия, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД^i,$$

где:

$ДПн^i$ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;

$КД_{ПВ}^i$ коэффициент половозрастного состава;

$КД_{УР}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i -той медицинской организации (при необходимости);

$КД_{ЗП}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации (при необходимости);

$КД^i$ коэффициент дифференциации i -той медицинской организации.

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

$$ПК = \frac{Пн_{БАЗ} \times Ч_3 \times КД}{\sum_i (ДПн^i \times Ч_3^i)},$$

где:

$Ч_3^i$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых i -той медицинской организации, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПн)

рассчитывается по формуле:

где:

$$\Phi Dn^i = Dn^i \times PK,$$

ΦDn^i фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (далее – СМП) застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Республике Ингушетия, подушевые нормативы финансирования, значения коэффициентов и стоимость вызова для оплаты скорой медицинской помощи в Республике Ингушетия, установлены в Приложении № 21 к ГТС на 2023 год.

Установленные в настоящем ГТС тарифы на оплату отдельных случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц) (в дополнение к подушевому нормативу финансирования) являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия.

2. Основные подходы к оплате медицинской помощи в рамках межучережденческих расчетов

Межучережденческие расчеты осуществляются через страховую медицинскую организацию (по тарифам, установленным тарифным соглашением). Оплата осуществляется в пределах средств, перечисляемых ежемесячно Территориальным фондом ОМС Республики Ингушетия в СМО

согласно заявке на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь.

Медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации 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 в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские услуги (медицинские вмешательства, исследования), за выполнение указанных отдельных медицинских услуг по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (далее – проведение межтерриториальных расчетов), осуществляется в соответствии с тарифами, установленными тарифным соглашением по месту оказания медицинской помощи.