*Приложение №14*

*к Тарифному соглашению на 2022 год*

**Порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в том числе с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).**

**1.**Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее ‑ молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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 и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи осуществляется при оказании медицинской помощи, лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, МО в соответствии с Перечнем МО, участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС (Приложение №12), а так же с Порядком применения показателей результативности деятельности медицинских организаций (Приложение №14-3).

**2.**Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «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», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

**3.** Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях (), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Республики Дагестан, человек. |

Общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей; |

**4.**Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, по подушевым нормативам финансирования на прикрепившихся лиц по профилям «Акушерство и гинекология» и «Стоматология», стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере не менее 5 и не более 10 процентов от среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) (далее – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи) определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей; |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации); |
|  | доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере не менее 5 и не более 10 процентов). |
|  | единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462; |

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан (), рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и определяется по следующей формуле:

 +, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСФАП | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;  |
| ОСИССЛЕД | 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 новой коронавирусной инфекции (COVID – 19) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;  |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе углубленной диспансеризации, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей |
| ОСНЕОТЛ | объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива); |
|  | объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива); |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным на территории Республики Дагестан лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей. |

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Республики Дагестан.

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

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

ОСИССЛЕД = , где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Республики Дагестан, человек. |

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

ОСНЕОТЛ = НоНЕОТЛ × НфзНЕОТЛ × ЧЗ.

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

 **4.2.** В базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях не включаются:

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

-расходы на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

-расходы на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и паталогоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) в том числе тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- расходы на оплату медицинской помощи по профилю «Стоматология»;

- расходы на оплату медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»;

-расходы на оплату медицинской помощи при прохождении застрахованными гражданами углубленной диспансеризации;

- расходы на оплату медицинской помощи при прохождении медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях);

Также в базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения).

**5.** Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации должны определяться дифференцированно с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи.

С учетом объективных критериев, основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, коэффициенты специфики могут определяться дифференцированно в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню. При этом в соответствии с Требованиями возможно применение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывающих следующее:

1) половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, включая оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше (далее также – половозрастные коэффициенты дифференциации, );

2) плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, иные климатические и географические особенности территории обслуживания населения, включая 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 (далее – );

3) проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц (далее – ).

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

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

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива выполняется следующий алгоритм:

Численность застрахованных лиц на территории Республики Дагестан распределяется на половозрастные группы. Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

1) до года мужчины/женщины;

2) год - четыре года мужчины/женщины;

3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;

4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Все застрахованные лица распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода.

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

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) на территории Республики Дагестан (без учета возраста и пола) по формуле:

, где:

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

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

, где:

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

Рассчитываются коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

.

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

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

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций; |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы); |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек. |

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

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

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

* для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,113,
* для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

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

, где

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

 **8.** Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициентов уровня медицинской организации, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – ), установленных в Тарифном соглашении для групп медицинских организаций. Установление индивидуального не допускается.

Значения коэффициентов уровня медицинской организации, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – ), могут определяться в том числе с учетом:

- достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения на территории Республики Дагестан;

- расходов на содержание медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций).

В случае принятия Комиссией решения о неприменении , в Тарифном соглашении указывается, что для всех медицинских организаций, использующих соответствующий способ оплаты, принимается равным 1.

**9.** Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации (), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, включая оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, иные климатические и географические особенности территории обслуживания населения, включая 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; |
|  | коэффициент уровня i-той медицинской организации; |

**10.** В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

В случае, если при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов используется поправочный коэффициент, отличный от 1, указанный коэффициент в обязательном порядке отражается в тарифном соглашении.

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

 – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i-той медицинской организации;

 – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением углубленной диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i-той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

 – объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, за исключением , рублей.

Учитывая, что в соответствии с Программой оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи, объем средств на оплату углубленной диспансеризации не учитывается при расчете .

 для i-й медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

*.*

Упрощенная формула расчета выглядит следующим образом:

**12.** 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:

, где:

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

**13.** Для определения месячного размера средств на подушевое финансирование учитывается численность прикрепленного населения к МО на 01 число отчетного месяца.

**14.** Учет сведений о прикреплении застрахованных лиц по ОМС к МО на территории Республики Дагестан осуществляется в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

**15. СМО е**жемесячно при расчете объема подушевого финансирования для МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с Приложением №12 к настоящему Тарифному соглашению учитывают показатели результативности деятельности медицинской организации, порядок оплаты по которому определен в Приложении №14-3.

 **16.** В реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в части амбулаторно-поликлинической помощи за отчетный период отражаются все предоставленные услуги, в том числе оплачиваемые по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи на прикрепившихся лиц.