

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по оплате медицинской помощи представляемой в амбулаторных условиях
по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц
в сфере обязательного медицинского страхования

1. Общие положения

Настоящие Методические рекомендации по оплате медицинской помощи предоставляемой в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования в сфере обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации) разработаны в целях повышения эффективности использования финансовых средств в сфере обязательного медицинского страхования.

В соответствии с требованиями п.5 ч.5 ст.80 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, ч.2 ст.35 и ч.6 ст.36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», Постановления Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 №932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» территориальные программы обязательного медицинского страхования устанавливают на территории субъектов Российской Федерации способы оплаты амбулаторной медицинской помощи в основе которых лежит оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к амбулаторной медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования.

Документ содержит рекомендации по порядку оплаты медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования (далее – подушевой норматив) на прикрепившихся лиц, в том числе с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

2. Основные понятия и определения

В рамках Методических рекомендаций под медицинскими организациями понимаются медицинские организации в соответствии со статьей 15 Федерального закона от 29 ноября 2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» - медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций любой организационно-правовой формы.

Медицинская организация первого уровня (далее – МОПУ) – медицинская организация (врачебная амбулатория, центр общей врачебной практики (семейной медицины) – самостоятельная организация или в составе медицинской организации), обеспечивающая население первичной доврачебной медико-санитарной помощью и первичной врачебной медико-санитарной помощью, организованной по территориально-участковому принципу.

Медицинская организация второго уровня (далее - МОВУ) – медицинская организация (поликлиника взрослая и детская, поликлиническое отделение в составе медицинской организации), обеспечивающая население первичной доврачебной медико-санитарной помощью и первичной врачебной медико-санитарной помощью, организованной по территориально-участковому принципу, а также первичной специализированной медико-санитарной помощью.

Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи – формирование обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях¹.

¹ п.13 приказа МЗиСР от 15.05.2012 №543-н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению»

Медицинская организация – соисполнитель (далее – МОС) – медицинская организация (стационар, дневной стационар медицинской организации, диагностический центр, поликлиника взрослая и детская, поликлиническое отделение в составе медицинских организаций, общая (семейная) врачебная практика и др.), обеспечивающая оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной медицинской помощи прикрепившимся к МОПУ или МОБУ застрахованным лицам, оплата которой производится по действующим тарифам тарифного соглашения (далее – ТС).

Внешние медицинские услуги - консультативные, диагностические, лечебные медицинские услуги, входящие в подушевой норматив финансирования, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным лицам, не прикрепленным к медицинской организации.

Внутренние медицинские услуги – консультативные, диагностические, лечебные медицинские услуги, входящие в подушевой норматив финансирования, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным лицам, прикрепленным к медицинской организации.

Подушевая оплата медицинской помощи - механизм финансирования амбулаторной медицинской организации, имеющей прикрепленное население, при котором объем выделяемых средств рассчитывается, исходя из количества прикрепившихся застрахованных лиц и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования - ежемесячный объем финансирования конкретной медицинской организации на одно прикрепившееся застрахованное лицо, рассчитанный с учетом относительных коэффициентов половозрастных затрат, предоставляемой медицинской помощи, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Финансовый результат МОПУ или МОБУ – разница между плановым объемом подушевого финансирования МОПУ или МОБУ и фактической стоимостью медицинской помощи, оказанной прикрепившимся застрахованным лицам в МОС.

3. Способы оплаты амбулаторной медицинской помощи.

3.1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

3.2. За единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

3.3. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

4. Способы оплаты по подушевому нормативу финансирования.

4.1. Целью оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования является повышение эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования, достигаемое за счет содействия решению задач реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования таких как:

- обеспечение доступности медицинской помощи;
- усиление профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи и формирование здорового образа жизни;
- выявление заболеваний на более ранних стадиях развития;

- предотвращение обострения хронических заболеваний;
- обеспечение в интересах пациента координации между различными звеньями первичной и специализированной медицинской помощи;
- общее улучшение здоровья застрахованных лиц.

Из установленных программами обязательного медицинского страхования 3-х способов оплаты амбулаторной медицинской помощи (п.3 Методических рекомендаций) вытекает 2 способа оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования (п.3.1 и п.3.3 Методических рекомендаций).

1-й способ. Подушевой норматив включает расходы на собственную деятельность медицинской организации (без учета показателей результативности).

Возможные варианты реализации способа:

1-й вариант. По подушевому нормативу осуществляется планирование собственной деятельности медицинской организации, оплата – за единицу объема.

2-й вариант. Оплата осуществляется по подушевому нормативу, включающему расходы на собственную деятельность медицинской организации.

Для медицинской организации второго уровня второй вариант может включать подварианты:

Подвариант 1. Оплата осуществляется по подушевому нормативу, включающему расходы на часть объема собственной деятельности медицинской организации. В этом случае под частью объема собственной деятельности понимается оказание первичной доврачебной и первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Подвариант 2. Оплата осуществляется по подушевому нормативу, включающему расходы на весь объем собственной деятельности медицинской организации. В данном случае объем собственной деятельности

включает оказание доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи.

2-й способ. Оплата по подушевому нормативу, включающему расходы на собственную деятельность, в сочетании с доплатой за показатели деятельности, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях.

Возможные варианты реализации способа:

1-й вариант. Оплата по подушевому нормативу, включающему расходы на собственную деятельность, в сочетании с доплатой за показатели деятельности.

2-й вариант. Оплата по подушевому нормативу, включающему частично, помимо собственной деятельности, расходы на оказание медицинской помощи в иных медицинских организациях в сочетании с доплатой за показатели деятельности.

3-й вариант. Оплата по подушевому нормативу, включающему помимо расходов на собственную деятельность, расходы на оказание медицинской помощи в иных медицинских организациях в полном объеме в сочетании с доплатой за показатели деятельности.

4.2. 1-й способ. Подушевой норматив включает расходы на собственную деятельность медицинской организации (без учета показателей результативности).

Собственная деятельность (здесь и далее) – организованная по территориально-участковому принципу деятельность медицинской организации первого уровня по оказанию первичной доврачебной и первичной врачебной медико-санитарной помощи и деятельность медицинской организации второго уровня по оказанию первичной доврачебной и первичной врачебной медико-санитарной помощи, а также первичной специализированной медико-санитарной помощи.

4.2.1. Содержание собственной деятельности медицинской организации по оказанию первичной доврачебной и первичной врачебной

медико-санитарной помощи (пакет медицинской помощи, финансируемый по подушевому нормативу).

Пакет включает две группы мероприятий: лечебно-диагностические и профилактические.

1. Лечебно-диагностические мероприятия:

– лечение и диагностика острых, обострений хронических заболеваний, травм, отравлений и других состояний в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи;

– неотложная медицинская помощь при внезапных острых заболеваниях (состояниях) с последующим направлением к врачу специалисту первичной специализированной медико-санитарной помощи, с последующим наблюдением за течением заболевания и коррекцией необходимых обследований и лечения;

– экстренная медицинская помощь – устранение угрожающих жизни пациентов состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в сопровождении медицинского работника МО либо бригадой скорой помощи;

– организация стационара на дому;

– осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;

– активное выявление злокачественных новообразований, предопухолевых состояний;

– диспансерное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования, лечения и оздоровления.

2. Профилактические мероприятия:

– профилактические осмотры детей, динамическое наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием детей, патронаж;

– профилактика инфекционных заболеваний, в том числе вакцинопрофилактика;

- профилактические осмотры отдельных групп граждан;
- организация обучения застрахованных лиц в школах здоровья, в школах для больных и лиц с повышенным уровнем риска развития заболеваний;

- выявление курящих и избыточно потребляющих алкоголь лиц с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и отравлением суррогатами алкоголя. Организация оказания им медицинской помощи по отказу от курения и злоупотребления алкоголем, включая направление их для консультации и лечения в центры здоровья и специализированные профильные медицинские организации.

4.2.2. 1-й вариант. По подушевому нормативу осуществляется планирование собственной деятельности медицинской организации, оплата – за единицу объема.

При данном варианте не решается проблема предсказуемости финансового обеспечения деятельности амбулаторной медицинской организации.

Это стимулирует лечебно-диагностическую активность медицинской организации, но не способствует осуществлению профилактических мероприятий и, соответственно, решению задач Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4.2.3. 2-й вариант. Оплата осуществляется по подушевому нормативу, включающему расходы на собственную деятельность.

Финансовое обеспечение медицинской организации становится предсказуемым, появляется ее заинтересованность в учете прикрепленных застрахованных лиц на основе территориально-участкового принципа с учетом права выбора застрахованным лицом медицинской организации. Путем взаимодействия ТФОМС, СМО и МО устанавливается надлежащий учет прикрепленных лиц к МО.

По каждому мероприятию пакета медицинской помощи, входящего в подушевой норматив (пункт 4.2.1) разрабатываются показатели для

мониторинга и организуется мониторинг за выполнением мероприятий, включенных в подушевой норматив.

Медицинские организации вносят необходимые изменения и дополнения в документы, регулирующие трудовые отношения, с целью закрепления в них всех функций, выполнение которых обеспечивает реализацию мероприятий, включенных в подушевой норматив.

Данный вариант целесообразно рассматривать, как первый этап перехода к подушевой оплате.

Медицинская организация второго уровня имеет возможность реализации рассмотренного варианта одним из двух подвариантов (п.4.1).

В случае выбора подварианта 1, при котором в подушевой норматив включается первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь, а оплата услуг специалистов первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется за единицу объема, становится возможной подготовка и последующее внедрение внутренних расчетов между службами первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Выбор подварианта 2, при котором в подушевой норматив включается не только первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь, но и первичная специализированная медико-санитарная помощь, не содержит стимулов к проведению внутренних расчетов, а только внешних. Внешние расчеты при реализации первого способа подушевой оплаты не предусматриваются.

Рисков при выборе первого способа оплаты нет. Однако, целесообразно установление срока длительности данного этапа.

4.3. 2-й способ. Оплата по подушевому нормативу, включающему расходы на собственную деятельность, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в других организациях.

Реализация данного способа предусматривает 3 варианта, которые могут рассматриваться, как этапы расширения пакета медицинской помощи, включаемой в подушевой норматив, до полного объема медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой обязательного медицинского страхования.

4.3.1. 1-й вариант. Оплата по подушевому нормативу, включающему расходы на собственную деятельность, в сочетании с доплатой за показатели деятельности.

Реализация данного варианта предполагает включение в подушевой норматив пакета медицинской помощи в соответствии с п. 4.2.1 и стимулирующей составляющей в форме показателей, достижение которых материально поощряется.

Показатели отражают результаты реализации мероприятий пакета медицинской помощи и достижение отдельных показателей, установленных территориальной программой ОМС (необходимо разработать).

4.3.2. 2-й вариант. Оплата по подушевому нормативу, включающему частично, помимо собственной деятельности, расходы на оказание медицинской помощи в иных медицинских организациях в сочетании с доплатой за показатели деятельности.

Данный вариант является логическим продолжением предыдущего. В подушевой норматив включается пакет медицинской помощи в соответствии с п. 4.2.1 – далее «основной пакет медицинской помощи», стимулирующая составляющая в соответствии с п. 4.3.2 и дополнительный пакет медицинской помощи, включающий часть лечебно-диагностических и профилактических мероприятий Территориальной программы ОМС, не вошедших в основной пакет медицинской помощи (необходимо приведение вариантов мероприятий, включаемых в подушевой норматив, и разработка организационно-правовых мероприятий по внедрению варианта).

4.3.3. 3-й вариант. Оплата по подушевому нормативу, включающему помимо расходов на собственную деятельность, расходы на оказание

медицинской помощи в иных медицинских организациях в полном объеме в сочетании с доплатой за показатели деятельности.

Вариант следует рассматривать как четвертый окончательный этап перехода к подушевому финансированию всего объема медицинской помощи.

В подушевой норматив включается основной пакет медицинской помощи (п. 4.2.1), дополнительный пакет медицинской помощи (необходимо разработать) и стимулирующая составляющая (необходимо разработать).

Необходимо разработать организационно-правовые мероприятия по внедрению данного варианта.

5. Условия перехода на оплату по подушевому нормативу финансирования

В системе обязательного медицинского страхования используются следующие способы оплаты амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на число прикрепившихся застрахованных лиц:

- подушевой норматив финансирования, применяемый только для планирования объемов амбулаторной медицинской помощи. Фактическая оплата медицинской помощи осуществляется по числу посещений и за законченный случай амбулаторной медицинской помощи;

- подушевое финансирование на объем собственной деятельности амбулаторной медицинской организации;

- подушевое финансирование на общий объем или часть объема медицинской помощи, гарантируемой Территориальной программой ОМС.

6. Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования

После выбора способа оплаты по подушевому нормативу финансирования необходимо определить объемы медицинской помощи, включаемые в подушевое финансирование.

6.1. Виды и объемы медицинской помощи, включаемые в подушевой норматив финансирования медицинской организации, определяются территориальной программой обязательного медицинского страхования.

6.2. Доля средств для подушевого финансирования устанавливается соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников, устанавливающим тарифы на оплату медицинской помощи (далее – тарифное соглашение).

6.3. Доля средств, направляемых на подушевое финансирование, устанавливается исходя из видов и объемов медицинской помощи, включаемых в подушевой норматив финансового обеспечения медицинской организации, и учитывает соотношение объемов медицинской помощи, включенной в подушевой норматив, к общему объему оказанной медицинской помощи.

6.4. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, исходя из установленной доли средств для подушевого финансирования, осуществляет расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения медицинских организаций. Дифференцированные подушевые нормативы являются едиными для всех медицинских организаций.

6.5. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования доводит дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения медицинских организаций до страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

6.6. Страховая медицинская организация финансирует медицинскую организацию, реализуя принцип предварительной оплаты расходов медицинского учреждения за оказанную медицинскую помощь в соответствии с численностью прикрепленных граждан, застрахованных в

системе обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

6.7. Медицинские организации, получающие средства по подушевому финансированию, наделены правом распоряжаться полученными средствами в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими расходование средств в системе обязательного медицинского страхования, и несут ответственность за их целевое и рациональное использование.

6.8. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» («Собрание законодательства Российской Федерации», 06.12.2010, № 49, ст. 6422) и Порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному Правилами обязательного медицинского страхования от 28.02.2011 № 158н («Российская газета», № 51, 11.03.2011 (Правила обязательного медицинского страхования, Приложения № 1 - 2)) оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы.

6.9. Для оценки показателей деятельности медицинских организаций, осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, возмещения расходов на оплату медицинской помощи, застрахованному лицу, вследствие причинения вреда его здоровью, осуществления оплаты расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве производится учет объемов оказания первичной медицинской помощи в медицинских организациях, оказываемых первичную медико-

санитарную помощь по территориально-участковому принципу (имеющих прикрепленное население), который осуществляется в посещениях (при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях) и в пациенто-днях (при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара).

6.10. Медицинские организации, финансирование которых осуществляется по подушевому нормативу, наряду с персональными данными пролеченных застрахованных лиц и данными персонифицированного учета оказанной им медицинской помощи, включают в реестр счетов список прикрепленных застрахованных лиц, тариф на основе подушевого норматива финансирования и общую сумму финансирования на численность прикрепленных лиц.

6.11. На основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи страховые медицинские организации осуществляют экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством в системе обязательного медицинского страхования.

6.12. Страховая медицинская организация имеет право не оплачивать или не полностью оплачивать затраты медицинской организации на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств в страховую медицинскую организацию при выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

6.13. Затраты на единицу объема медицинской помощи при применении подушевого способа оплаты устанавливаются по итогам календарного месяца исходя из итогового объема финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепленное население и количества выполненных объемов медицинской помощи.

7. Условия перехода амбулаторных медицинских организаций на оплату по подушевому нормативу финансирования на общий объем (часть объема) медицинской помощи.

Необходимыми условиями для перехода медицинских организаций на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на общий объем (часть объема) медицинской помощи является соблюдение следующих условий:

7.1. Укомплектованность кадрами врачей и среднего медицинского персонала медицинской организации.

7.2. Наличие в медицинской организации автоматизированного учета сведений об оказанной медицинской помощи в разрезе законченных случаев лечения.

7.3. Наличие в медицинской организации автоматизированного учета выданных прикрепившимся к ней застрахованным лицам направлений на получение в МОС консультативных, диагностических, лечебных амбулаторно-поликлинических услуг.

8. Порядок расчета объема финансирования медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам

8.1. Расчет объемов финансирования МОИ осуществляется на основе среднедушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенной в подушевой норматив, численности и половозрастной структуры прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц, с учетом объемов амбулаторной медицинской помощи, оказываемой МОС как по направлениям МОИ (внешние услуги), так и самостоятельным обращениям, а также объемов других видов медицинской помощи, включаемой в фондодержание.

8.2. Среднедушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенной в подушевой норматив, рассчитывается

территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС), исходя из общего объема финансирования медицинской помощи (планового задания) и численности застрахованных лиц в субъекте по формуле (пример расчета приведен в п. 2 Приложения):

$$\text{ПН}_{\text{ср}}^{\text{амб}} = \frac{V_{\text{ПН}}^{\text{амб}}}{\text{Ч}_{\text{застр}} \times 12}$$

где:

$\text{ПН}_{\text{ср}}^{\text{амб}}$ - среднедушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенной в подушевой норматив, руб./чел. в месяц;

$V_{\text{ПН}}^{\text{амб}}$ - сумма планируемых расходов на осуществление амбулаторной медицинской помощи, финансируемой по подушевым нормативам, на очередной финансовый год, руб.;

$\text{Ч}_{\text{застр}}$ - численность застрахованных лиц субъекта на начало расчетного периода, чел.

8.3. Страховая медицинская организация (далее – СМО) по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц (далее - РС ЕРЗЛ) о численности прикрепившихся к каждой МОИ застрахованных лиц и рассчитанных ТФОМС относительных коэффициентов половозрастных затрат² ежемесячно рассчитывает и сообщает МОИ объем денежных средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (пример расчета приведен в п. 3 Приложения).

Расчет денежных средств для каждой МОИ осуществляется следующим образом.

8.3.1. Для МОИ рассчитывается коэффициент половозрастных затрат в отчетном месяце по формуле:

² В соответствии с пунктом 168 Правил ОМС рассчитывается на основании фактических данных об объемах и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи для каждой половозрастной группы за определенный период, предшествующий расчетному.

$$K_{\text{МОИ}}^{\text{ПВЗГ}} = \frac{\sum_{i=1}^I k_{\text{ТФОМС}}^i \times \mathcal{C}_{\text{застр}_i}^{\text{МОИ}}}{\mathcal{C}_{\text{застр}}^{\text{МОИ}}}$$

где:

- $K_{\text{МОИ}}^{\text{ПВЗГ}}$ - коэффициент половозрастных затрат для МОИ в отчетном месяце;
- $k_{\text{ТФОМС}}^i$ - относительный коэффициент половозрастных затрат для i -й половозрастной группы застрахованных лиц, рассчитываемый ТФОМС;
- $\mathcal{C}_{\text{застр}_i}^{\text{МОИ}}$ - численность застрахованных лиц i -й половозрастной группы, прикрепившихся к МОИ в отчетном месяце, чел.;
- $\mathcal{C}_{\text{застр}}^{\text{МОИ}}$ - численность застрахованных лиц, прикрепившихся к МОИ, на 1-ое число отчетного месяца, чел.

Пример расчета коэффициентов половозрастных затрат для нескольких медицинских организаций приведен в п. 4 Приложения.

8.3.2. Общий объем финансирования на месяц по подушевым нормативам амбулаторной медицинской помощи МОИ рассчитывается по формуле:

$$V_{\text{МОИ}}^{\text{общ}} = \text{ПН}_{\text{ср}}^{\text{амб}} \times K_{\text{МОИ}}^{\text{ПВЗГ}} \times \mathcal{C}_{\text{застр}}^{\text{МОИ}}$$

где:

- $V_{\text{МОИ}}^{\text{общ}}$ - общий объем финансирования на месяц по подушевым нормативам амбулаторной медицинской помощи, планируемой на застрахованных лиц, прикрепившихся к МОИ, руб.;
- $\text{ПН}_{\text{ср}}^{\text{амб}}$ - среднедушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенной в подушевой норматив, руб./чел.;
- $K_{\text{МОИ}}^{\text{ПВЗГ}}$ - коэффициент половозрастных затрат для МОИ в отчетном месяце;
- $\mathcal{C}_{\text{застр}}^{\text{МОИ}}$ - численность застрахованных лиц, прикрепившихся к МОИ на 1-ое число отчетного месяца, чел.

8.3.3. Объем финансирования по подушевым нормативам амбулаторной помощи, предоставляемой специалистами МОИ,

рассчитывается как разница между общим объемом финансирования по подушевым нормативам и фактической стоимостью внешних медицинских услуг, оказанных в МОС за предыдущий период, по формуле:

$$V_{\text{МОИ}}^{\text{внутр}} = V_{\text{МОИ}}^{\text{общ}} - V_{\text{кдл.МОИ}}^{\text{МОС}}$$

где:

- $V_{\text{МОФ}}^{\text{внутр}}$ - объем финансирования по подушевым нормативам амбулаторной помощи, предоставляемой специалистами МОИ, руб.;
- $V_{\text{МОФ}}^{\text{общ}}$ - общий объем финансирования по подушевым нормативам амбулаторной медицинской помощи, планируемой на застрахованных лиц, прикрепившихся к МОИ, руб.;
- $V_{\text{кдл.МОФ}}^{\text{МОС}}$ - плановая стоимость внешних медицинских услуг, оказываемых в МОС застрахованным лицам по направлению МОИ, по фактическим показателям за аналогичный предыдущий период (оплачивается по тарифам на оплату отдельных единиц объема медицинской помощи), руб.

Пример расчета объема финансирования по подушевым нормативам амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой специалистами МОИ прикрепившимся застрахованным лицам, приведен в п.5 Приложения.

8.3.4. Базовый дифференцированный подушевой норматив финансирования МОИ рассчитывается по формуле:

$$\text{ДПФН}_{\text{МОФ}}^{\text{баз}} = \frac{V_{\text{МОФ}}^{\text{внутр}}}{\text{Ч}_{\text{застр}}^{\text{МОФ}}}$$

где:

- $\text{ДПНФ}_{\text{МОФ}}^{\text{баз}}$ - базовый дифференцированный подушевой норматив МОИ в отчетном месяце (без учета коэффициента финансового результата по фондодержанию), руб./чел.;
- $V_{\text{МОФ}}^{\text{внутр}}$ - объем финансирования по подушевым нормативам амбулаторной помощи, предоставляемой специалистами МОИ, руб.;
- $\text{Ч}_{\text{застр}}^{\text{МОФ}}$ - численность застрахованных лиц, прикрепившихся к МОИ, на 1-ое число отчетного месяца, чел.

Пример расчета базового дифференцированного подушевого норматива финансирования МОИ приведен в п. 6 Приложения.

8.3.5. Плановый объем фондодержания МОИ рассчитывается по формуле:

$$V_{\text{МОФ}}^{\text{ФД.пл}} = V_{\text{кдл.МОФ}}^{\text{МОС}} + V_{\text{эсмп.МОФ}}^{\text{МОС}}$$

где:

$V_{\text{МОФ}}^{\text{ФД.пл}}$ - плановый объем фондодержания МОИ, руб.;

$V_{\text{кдл.МОФ}}^{\text{МОС}}$ - плановая стоимость внешних медицинских услуг, оказываемых в МОС застрахованным лицам по направлению МОИ, руб.;

$V_{\text{эсмп.МОФ}}^{\text{МОС}}$ - плановая стоимость других видов медицинской помощи, включаемой в фондодержание, оказываемый застрахованным лицам, прикрепившимся к МОИ, по фактическим показателям за аналогичный предыдущий период, руб.

8.3.6. Финансовый результат деятельности МОИ за предыдущий период рассчитывается ежеквартально по формуле:

$$\text{ФР}_{\text{МОФ}} = \sum_{n=1}^3 \left(V_{\text{МОФ}}^{\text{ФД.пл}_n} - V_{\text{кдл.МОФ}}^{\text{МОС факт}_n} - V_{\text{эсмп.МОФ}}^{\text{МОС факт}_n} \right)$$

где:

$\text{ФР}_{\text{МОФ}}$ - финансовый результат деятельности МОИ за предыдущий период (квартал), руб.;

$V_{\text{МОФ}}^{\text{ФД.пл}_n}$ - плановый объем фондодержания МОИ за n-й месяц отчетного периода (квартала), руб.;

$V_{\text{кдл.МОФ}}^{\text{МОС факт}_n}$ - фактическая стоимость амбулаторной медицинской помощи, оказанной по направлениям МОС застрахованным лицам, прикрепившимся к МОИ, за n-й месяц отчетного периода (квартала), руб.

$V_{\text{эсмп.МОФ}}^{\text{МОС факт}_n}$ - фактическая стоимость других видов медицинской помощи, включаемой в фондодержание, оказанной застрахованным лицам, прикрепившимся к МОИ, за n-й месяц отчетного периода (квартала), руб.

$N=3$ - количество месяцев отчетного периода.

8.3.7. Коэффициент финансового результата МОИ по фондодержанию на следующий плановый период рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{МОФ}}^{\text{ФР}} = \frac{\text{ФР}_{\text{МОФ}}}{\sum_1^N \text{ДПНФ}_{\text{МОФ}}^{\text{баз}_n} \times \text{Ч}_{\text{застр}}^{\text{МОФ}_n}} + 1$$

где:

- $K_{\text{МОФ}}^{\text{ФР}}$ - коэффициент финансового результата МОИ по фондодержанию на следующий плановый период;
- $\text{ФР}_{\text{МОФ}}$ - финансовый результат деятельности МОИ по фондодержанию за предыдущий период (квартал), руб.;
- $\text{ДПНФ}_{\text{МОФ}}^{\text{баз}_n}$ - базовый дифференцированный подушевой норматив МОИ в за n -м месяце отчетного периода (квартала) (без учета коэффициента финансового результата по фондодержанию), руб./чел.;
- $\text{Ч}_{\text{застр}}^{\text{МОФ}_n}$ - общая численность застрахованных лиц, прикрепившихся к МОИ, на 1-ое число n -го месяца отчетного периода, чел.;
- $N=3$ - количество месяцев отчетного периода.

8.3.8. Для предотвращения снижения объемов медицинской помощи, оказываемой МОИ прикрепившимся к ней застрахованным лицам, используется коэффициент объемов медицинской помощи. Данный коэффициент рассчитывается на следующий период, исходя из сведений об объемах медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной МОИ прикрепившимся к ней застрахованным лицам за отчетный период (количества посещений с профилактической и иными целями и количество законченных случаев лечения заболевания).

В случае необоснованного снижения МОИ объемов по сравнению с предыдущим периодом по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования при

установлении дифференцированного подушевого норматива финансирования для такой организации может быть применен понижающий коэффициент.

В случае обоснованного увеличения МОИ объемов по сравнению с предыдущим периодом по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования при установлении дифференцированного подушевого норматива финансирования для такой организации может быть применен повышающий коэффициент.

8.3.9. Дифференцированный подушевой норматив финансирования МОИ с учетом результатов деятельности за предыдущий период рассчитывается по формуле:

$$\text{ДПНФ}_{\text{МОФ}} = \text{ДПНФ}_{\text{МОФ}}^{\text{баз}} \times k_{\text{МОФ}}^{\text{ФР}} \times k_{\text{МОФ}}^{\text{объем}}$$

где:

$\text{ДПНФ}_{\text{МОФ}}$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования МОИ с учетом результатов деятельности за предыдущий период (квартал), руб./чел.;

$\text{ДПНФ}_{\text{МОФ}}^{\text{баз}}$ - базовый дифференцированный подушевой норматив МОИ в n -м месяце отчетного периода (квартала) (без учета коэффициента финансового результата по фондодержанию), руб./чел.;

$k_{\text{МОФ}}^{\text{ФР}}$ - коэффициент финансового результата МОИ по фондодержанию на следующий плановый период;

$k_{\text{МОФ}}^{\text{объем}}$ - коэффициент объемов медицинской помощи МОИ на следующий плановый период.

8.3.10. Плановый объем финансирования МОИ с учетом результатов деятельности за предыдущий период рассчитывается по формуле:

$$V_{\text{МОФ}}^{\text{пл}} = \text{ДПНФ}_{\text{МОФ}} \times \text{Ч}_{\text{застр}}^{\text{МОФ}}$$

где:

$V_{\text{МОФ}}^{\text{пл}}$ - плановый объем финансирования МОИ с учетом результатов деятельности за предыдущий период (квартал), руб.;

$\text{ДПНФ}_{\text{МОФ}}$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования МОИ с учетом результатов деятельности за предыдущий период (квартал), руб./чел.;

$Ч_{\text{застр}}^{\text{МОФ}}$

- общая численность застрахованных лиц, прикрепившихся к МОИ, на 1-ое число отчетного месяца, чел.

8.4. В случае превышения планового задания над расчетным значением планового объема финансирования МОИ рекомендуется в течение года сохранять финансирование в объеме не менее установленного плановым заданием.

8.5. При оказании МОИ медицинской помощи (медицинских услуг) застрахованным гражданам, не прикрепившимся к данной МОИ, оплата производится по тарифам на оплату отдельных единиц объема медицинской помощи, установленным ТС.

8.6. При оказании МОИ стационарозамещающей медицинской помощи и профилактической медицинской помощи в части профилактических осмотров прикрепившимся к ней застрахованным лицам, оплата производится по установленным ТС тарифам.

9. Порядок учета объемов первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, при оплате по подушевому нормативу финансирования

9.1. МОИ ведет автоматизированный учет медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной прикрепившимся к ней застрахованным лицам, в разрезе:

– посещений - для медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, профилактическими медицинскими осмотрами и диспансерным наблюдением, посещения среднего медицинского персонала);

– законченных случаев лечения заболевания в разрезе профилей заболеваний - для медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями.

9.2. МОИ осуществляет регистрацию фактов оказания медицинской помощи и направлений на получение в МОС консультативных, диагностических, лечебных амбулаторно-поликлинических услуг, выданных прикрепившимся к ней застрахованным лицам.

10. Порядок информационного обмена при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования

10.1. ТФОМС на основе данных РС ЕРЗЛ ежемесячно осуществляет расчет численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям, по полу и возрасту. Расчет осуществляется по состоянию РС ЕРЗЛ на первое число месяца, следующего за отчетным.

10.2. ТФОМС ежемесячно передает в СМО и МОИ численность застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям, по полу и возрасту в бумажном и электронном виде путем направления уведомления, по форме, приведенной в Приложении 2.

10.3. ТФОМС обеспечивает ежемесячную передачу электронных списков прикрепившихся застрахованных лиц в СМО по Акту приема-передачи электронных сведений о полисах обязательного медицинского страхования по форме, приведенной в Приложении 3.

10.4. ТФОМС обеспечивает ежемесячную передачу электронных списков прикрепившихся застрахованных лиц в медицинские организации (МОИ) путем актуализации баз данных прикрепленных застрахованных лиц в каждой медицинской организации.

10.5. МОИ в соответствии с договором со СМО на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию ежемесячно предоставляют сведения в СМО о застрахованных лицах, выбравших организацию.

10.6. Для обеспечения персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в ТФОМС МОИ ежемесячно предоставляют сведения

в СМО о медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной прикрепившимся к ней застрахованным лицам, в разрезе:

– посещений - для медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, профилактическими медицинскими осмотрами и диспансерным наблюдением, посещения среднего медицинского персонала);

– законченных случаев лечения заболевания - для медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями.

10.7. МОС ежемесячно информируют СМО и МОИ об оказании медицинской помощи на основе выданного направления застрахованным лицам, прикрепившимся к МОИ.

11. Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты)

11.1. Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты) устанавливаются в соответствии с тарифным соглашением.

Приложение № 1
к Методическим рекомендациям
по оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях
по подушевому нормативу финансирования
в сфере обязательного медицинского страхования

Пример расчета дифференцированных подушевых нормативов

Для расчетов целесообразно использовать следующие данные ТФОМС:

- данные систем взаиморасчетов ТФОМС о стоимости первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) в субъекте за определенный период времени (год);
- средняя численность прикрепленного населения в разрезе пола, возраста, базовой медицинской организации;
- данные системы взаиморасчетов ТФОМС о стоимости ПМСП, предоставленной прикрепившимся к ним застрахованным лицам за 2013 год.

1. Анализ стоимости первичной медико-санитарной помощи, предоставленной в амбулаторных условиях.

Пример анализа стоимости первичной медико-санитарной помощи, предоставленной в амбулаторных условиях, приведен в табл.1.

Таблица 1.

№ п/п	Профиль заболевания	Стоимость ПМСП за 2013 год, руб.	Доля в общей стоимости ПМСП
1	Педиатрия	2 037 587 296	12,769%
2	Исследования	1 966 476 321	12,324%
3	Терапия	1 953 520 331	12,243%
4	Стоматология	1 467 555 479	9,197%
5	Акушерство-гинекология	923 163 824	5,785%
6	Неврология	692 656 686	4,341%
7	Врач общей практики	658 091 741	4,124%
8	Травматология-ортопедия	632 470 043	3,964%

9	Офтальмология	627 161 295	3,930%
10	Хирургия	573 086 923	3,592%
11	Дополнительный тариф	515 724 387	3,232%
12	Кардиология	455 407 097	2,854%
13	Отоларингология	387 496 904	2,428%
14	Эндокринология	365 660 907	2,292%
15	Диспансеризация	365 084 492	2,288%
16	Пульмонология	292 577 801	1,834%
17	Онкология	285 964 033	1,792%
18	Урология	224 002 519	1,404%
19	Мед услуга	220 689 261	1,383%
20	Гастроэнтерология	203 654 710	1,276%
21	Инфекционные болезни	199 686 998	1,251%
22	Дерматология	188 098 855	1,179%
23	Профилактические осмотры	164 960 323	1,034%
24	Прием в Центре здоровья	99 997 728	0,627%
25	Восстановительное лечение (д)	78 940 664	0,495%
26	Ревматология	72 294 960	0,453%
27	Аллергология	55 638 571	0,349%
28	Нефрология	53 116 481	0,333%
29	Травматология	32 268 858	0,202%
30	Пребывание совместно с ребенком	28 438 829	0,178%
31	Гематология	27 615 505	0,173%
32	Доплаты врачам	23 660 485	0,148%
33	Оперативные пособия	21 865 822	0,137%
34	Восстановительное лечение	18 557 538	0,116%
35	Нейрохирургия	11 285 102	0,071%
36	Проктология	7 796 766	0,049%
37	Челюстно-лицевая хирургия	6 086 716	0,038%
38	Диспансеризация ветеранов ВОВ	4 578 399	0,029%
39	Патология беременности	4 319 367	0,027%
40	Токсикология	2 765 920	0,017%
41	Гинекология	2 295 417	0,014%
42	Сосудистая хирургия	1 432 276	0,009%
43	Ортопедия	1 326 705	0,008%
44	Ожоги	616 046	0,004%
45	Хирургия сосудистая	506 934	0,003%
46	Торакальная хирургия	211 484	0,001%
47	Беременные и роженицы	165 702	0,001%
48	Патология новорожденных	115 401	0,001%

49	Неотложная медицинская помощь	46 757	0,000%
50	Перитонеальный диализ	21 441	0,000%
51	Неонатология	3 676	0,000%
52	Анестезиологические пособия	1 951	0,000%
	Всего	15 956 749 726	100,0%

2. Расчет среднедушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенной в подушевой норматив.

2.1. Пример расчета среднедушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенной в подушевой норматив, приведен в таблице 2.

Таблица 2.

№ п/п	Профиль заболевания	Стоимость ПМСП за 2013 год, руб.	Доля в общей стоимости ПМСП
1	Педиатрия	2 037 587 296	12,8%
2	Исследования	1 966 476 321	12,3%
3	Терапия	1 953 520 331	12,2%
4	Неврология	692 656 686	4,3%
5	Врач общей практики	658 091 741	4,1%
6	Офтальмология	627 161 295	3,9%
7	Хирургия	573 086 923	3,6%
8	Кардиология	455 407 097	2,9%
9	Отоларингология	387 496 904	2,4%
10	Эндокринология	365 660 907	2,3%
11	Пульмонология	292 577 801	1,8%
12	Урология	224 002 519	1,4%
13	Гастроэнтерология	203 654 710	1,3%
14	Инфекционные болезни	199 686 998	1,3%
	Всего по 14 профилям	10 637 067 530	66,7%

2.2. Для расчета итогового объема финансирования к стоимости по основному тарифу были добавлены суммы сводных счетов на текущее содержание и на доплаты медицинским работникам, которые выставлялись в 1-м квартале 2013 года. Исходя из доли стоимости первичной медико-

санитарной помощи, включенной в подушевой норматив, в общей стоимости ПМСП, добавили 66,7% объема сводных счетов к затратам на амбулаторную помощь. Итоговый объем финансирования составил 11 014 662 634 рублей.

2.3. По данным ТФОМС, среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепившихся к амбулаторно-поликлиническим учреждениям, за 2013 год составила 5 226 043 человек.

2.4. Среднедушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенной в подушевой норматив, рассчитывается, как отношение итогового объема финансирования (п.2.2) к численности застрахованных лиц, прикрепившихся к амбулаторно-поликлиническим учреждениям (п.2.3), с учетом длительности расчетного периода (год). Значение норматива составило 175,64 рублей в месяц на 1 застрахованного.

3. Расчет относительных коэффициентов половозрастных затрат.

Расчет осуществляется в соответствии с пунктом 168 Правил ОМС. Расчет проводится на основании данных ТФОМС о стоимости ПМСП, включенной в подушевой норматив (14 профилей), предоставленной застрахованным лицам, прикрепившимся к пилотным поликлиникам за 8 месяцев 2013 года (с апреля по ноябрь), их численности и половозрастного состава. В данный период финансирование амбулаторной помощи производилось только по основным тарифам, что позволяет «привязать» стоимость ПМСП к полу и возрасту застрахованных лиц. Результаты расчета представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Возрастная группа	Пол	Среднемесячная численность за расчетный период, чел.	Стоимость ПМСП, включенной в подушевой норматив, руб.	Затраты на 1 застрахованного, руб.	Значение относительного коэффициента половозрастных затрат ($K_{ТФОМС}$)
0-4 года	м	136 859	610 658 035	4 462	3,09
	ж	129 361	549 401 596	4 247	2,95
5-17 лет	м	262 201	549 600 451	2 096	1,45
	ж	249 072	492 770 267	1 978	1,37

18-59 лет	м	1 578 250	945 967 610	599	0,42
18-54 лет	ж	1 583 292	1 565 226 655	989	0,69
60 лет и старше	м	354 761	660 767 096	1 863	1,29
55 лет и старше	ж	941 378	2 175 002 318	2 310	1,60
Общий итог		5 235 174	7 549 394 029	1 442	1,00

4. Расчет коэффициентов половозрастных затрат.

На основании рассчитанных относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе рассчитываются коэффициенты половозрастных затрат для каждой медицинской организации (Кпвзг). Результаты расчета представлены в таблице 4.

Таблица 4

№ п/п	Возрастная группа	Пол	к _{тфмс}	Численность за 2013 год, чел.							
				Поликлиника № 1	Поликлиника № 2	Поликлиника № 3	Поликлиника № 4	Поликлиника № 5	Поликлиника № 6	Поликлиника № 7	Поликлиника № 8
1	0-4 года	м	3,09	-	-	2 010	3 743	-	-	-	-
2		ж	2,95	-	-	1 958	3 532	-	-	-	-
3	5-17 лет	м	1,45	-	-	3 768	7 587	-	-	-	-
4		ж	1,37	-	-	3 708	7 110	-	-	-	-
5	18-59 лет	м	0,42	9 810	27 532	33 706	38 863	20 271	39 141	15 939	20 349
6	18-54 лет	ж	0,69	10 433	29 101	35 539	40 159	19 958	41 183	16 900	20 485
7	60 лет и старше	м	1,29	2 167	6 342	9 486	9 995	4 490	10 722	3 935	4 775
8	55 лет и старше	ж	1,60	5 730	17 774	25 996	27 712	12 621	27 809	10 154	13 050
КПВЗГ				0,83	0,85	0,99	1,04	0,84	0,87	0,85	0,85

5. Расчет объема финансирования по подушевым нормативам амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой специалистами МОИ прикрепившимся застрахованным лицам.

5.1. На первом этапе на основании среднедушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенной в подушевой норматив, рассчитанных коэффициентов половозрастных затрат и данных о численности прикрепившихся застрахованных определяются общие объемы финансирования по подушевым нормативам амбулаторной медицинской помощи, планируемой на застрахованных лиц, прикрепившихся к МОИ ($V_{\text{МОФ}}^{\text{общ}}$).

5.2. По данным систем взаиморасчетов ТФОМС (по фактическим показателям за 2013 год) для каждой МОИ определяется стоимость внешних медицинских услуг, оказываемых в МОС ($V_{\text{кдл.МОФ}}^{\text{МОС}}$).

5.3. Объем финансирования по подушевым нормативам амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой специалистами МОИ прикрепившимся застрахованным лицам (внутренних услуг), рассчитывается как разница между общим объемом финансирования по подушевым нормативам и стоимостью внешних медицинских услуг, оказываемых в МОС ($V_{\text{МОФ}}^{\text{внутр}}$). Результаты расчетов представлены в таблице 5.

Таблица 5.

№	Медицинская организация	Объемы финансирования по подушевому нормативу, руб.		
		Общий	Внешние услуги	Внутренние услуги
1	Поликлиника № 1	49 227 396	10 130 014	39 097 381
2	Поликлиника № 2	144 664 094	51 087 475	93 576 619
3	Поликлиника № 3	242 402 780	51 004 007	191 398 774
4	Поликлиника № 4	304 030 817	87 092 031	216 938 786
5	Поликлиника № 5	101 517 672	47 581 869	53 935 803
6	Поликлиника № 6	217 942 227	64 283 515	153 658 712

7	Поликлиника № 7	84 072 826	30 032 306	54 040 520
8	Поликлиника № 8	105 089 241	38 311 241	66 778 000
Всего		1 248 947 052	379 522 458	869 424 595

6. Пример расчета базовых дифференцированных подушевых нормативов финансирования МОИ.

Базовые дифференцированные подушевые нормативы для МОИ рассчитываются, исходя из плановых объемов финансирования по подушевому нормативу амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой специалистами МОИ прикрепившимся застрахованным лицам (внутренних услуг) и численности прикрепившихся. Результаты расчета представлены в таблице 6.

Таблица 6.

№	Медицинская организация	Объемы финансирования по подушевому нормативу внутренних услуг, руб.	Среднемесячная численность за 2013 год, чел.	ДПНФ ^{баз} _{МОИ} руб/чел
1	Поликлиника № 1	39 097 381	28 140	115,78
2	Поликлиника № 2	93 576 619	80 749	96,57
3	Поликлиника № 3	191 398 774	116 171	137,30
4	Поликлиника № 4	216 938 786	138 701	130,34
5	Поликлиника № 5	53 935 803	57 340	78,39
6	Поликлиника № 6	153 658 712	118 855	107,74
7	Поликлиника № 7	54 040 520	46 928	95,96
8	Поликлиника № 8	66 778 000	58 659	94,87

Приложение № 2
к Методическим рекомендациям
по оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях
по подушевому нормативу финансирования
в сфере обязательного медицинского страхования

Сведения о численности лиц, застрахованных

В _____,
(наименование страховой медицинской организации)

прикрепившихся для оказания амбулаторной медицинской помощи

к _____
(наименование медицинской организации)

По состоянию на 01. __. 2014

N	Число застрахованных лиц	В том числе по группам застрахованных лиц							
		дети				трудоспособный возраст		Пенсионеры	
		0 - 4 года		5 - 17 лет		18 - 59 лет	18 - 54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
		муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.

Передал:

ответственный исполнитель ТФОМС

“ _____ ” _____ 2014 г.

_____ / _____ /

подпись

Ф. И. О.

Принял:

ответственный исполнитель СМО

“ _____ ” _____ 2014 г.

_____ / _____ /

подпись

Ф. И. О.

Принял:

ответственный исполнитель МОИ

“ _____ ” _____ 2014 г.

_____ / _____ /

подпись

Ф. И. О.

Приложение № 2
к Методическим рекомендациям
по оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях
по подушевому нормативу финансирования
в сфере обязательного медицинского страхования

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор ТФОМС

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор СМО

_____/_____/_____/_____/

АКТ ПРИЕМА – ПЕРЕДАЧИ №
электронных сведений о полисах обязательного медицинского страхования
в СМО _____

по состоянию на 01. __. 2014

г. _____ «__» ____ 2013 г.

По настоящему Акту ТФОМС передает, а СМО _____ принимает электронные сведения о полисах обязательного медицинского страхования (далее - полис ОМС), учтенных ТФОМС в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц при определении численности к финансированию на «01» _____ 2013 года и электронные сведения о прикреплениях застрахованных лиц к медицинским организациям фондодержателям.

Список переданных файлов по настоящему Акту:

Описание файлов	Размер файла в байтах	Количество записей	Контрольная сумма файла
Сведения о полисах ОМС, выданных неработающим гражданам (T_СМО.dbf)			
Сведения о полисах ОМС, выданных работающим гражданам (R_СМО.dbf)			
Сведения о вновь выданных полисах (N_СМО.dbf)			
Сведения о прикреплениях к МО (M_СМО.dbf)			

Передал:

ответственный исполнитель ТФОМС
“ _____ ” _____ 2014 г.

_____/_____/

подпись

Ф. И. О.

Принял:

ответственный исполнитель СМО

“ _____ ” _____ 2014 г.

_____/_____/

подпись

Ф. И. О.