

МЕТОДИКА

расчета размера подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления

1. Основные подходы к оплате медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления

При оплате медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления, Программой установлены следующие способы оплаты:

– 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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

2. Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

2.1. Расчет среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, по всем условиям ее предоставления

В соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 N 247 (далее - Требования), 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, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей

формуле:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}} = \frac{(\text{Н}_{\text{ОПРОФ}} \times \text{Нфз}_{\text{ПРОФ}} + \text{Н}_{\text{ОЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ОЗ}} + \text{Н}_{\text{НЕОТЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}}$	средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;
$\text{Н}_{\text{ОПРОФ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
$\text{Н}_{\text{ОЗ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной 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;
$\text{Нфз}_{\text{ПРОФ}}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
$\text{Нфз}_{\text{ОЗ}}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной 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;
$\text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}$	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;
$\text{ОС}_{\text{МТР}}$	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами ХМАО-Югры, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;
Чз	численность застрахованного населения ХМАО-Югры, человек.

Учитывая, что Программой средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (Нфз_{проф}) установлен в разрезе трех направлений, его расчет осуществляется по формуле:

$$\text{Нфз}_{\text{проф}} = \frac{\text{Но}_{\text{по}} \times \text{Нфз}_{\text{по}} + \text{Но}_{\text{дисп}} \times \text{Нфз}_{\text{дисп}} + \text{Но}_{\text{пиц}} \times \text{Нфз}_{\text{пиц}}}{\text{Но}_{\text{проф}}}, \text{ где:}$$

Но _{по}	средний норматив объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;
Но _{дисп}	средний норматив объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;
Но _{пиц}	средний норматив объема на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
Нфз _{по}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
Нфз _{дисп}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
Нфз _{пиц}	средний норматив финансовых затрат на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

2.2. Определение подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$ПН_A = \frac{ФО_{СР}^{АМБ} \times Ч_3 - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{НЕОТЛ}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

ПН _А	подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, рублей;
ОС _{ФАП}	размер 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;
ОС _{ИССЛЕД}	размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
ОС _{ПО}	размер 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;
ОС _{ДИСП}	размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
ОС _{НЕОТЛ}	размер 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.

При этом 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 ХМАО-Югры, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (ОС_{ФАП}), рассчитывается в соответствии с **Приложением 18** к ТС.

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

$OS_{исслед} = (N_{окт} \times N_{фзкт} + N_{омрт} \times N_{фзмрт} + N_{оузи} \times N_{фзузи} + N_{оэнд} \times N_{фзэнд} + N_{омги} \times N_{фзмги} + N_{огист} \times N_{фзгист}) \times Ч_3$, где:

Нокт	средний норматив объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
Номрт	средний норматив объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
Ноузи	средний норматив объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
Ноэнд	средний норматив объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
Номги	средний норматив объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
Ногист	средний норматив объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
Нфзкт	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
Нфзпрт	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
Нфзузи	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы,

	установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
Нфзэнд	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
Нфзмги	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
Нфзгист	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный 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, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{по} = Н_{опо} \times Нфз_{по} \times Чз.$$

Объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{дисп} = Н_{одисп} \times Нфз_{дисп} \times Чз.$$

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

$$ОС_{неотл} = Н_{неотл} \times Нфз_{неотл} \times Чз.$$

2.3. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПНА), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

$$ПН_{базПП} = ПНА - \frac{ОС_{ео}}{Чз} + \frac{ФО_{кс} + ФО_{дс} + ФО_{ппп}}{Чз_{ПП}}, \text{ где}$$

ПН _{БАЗП}	базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;
ОС _{ЕО}	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в ХМАО-Югре лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей.
ФО _{КС}	размер средств запланированных по клинико-статистическим группам на возмещение затрат при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара медицинскими организациями, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем условиям и видам оказания медицинской помощи, рублей.
ФО _{ДС}	размер средств запланированных по клинико-статистическим группам на возмещение затрат при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара медицинскими организациями, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем условиям и видам оказания медицинской помощи, рублей.
ФО _{ПНП}	размер средств запланированных на возмещение затрат при оказании неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем условиям и видам оказания медицинской помощи, рублей.
ЧзПП	численность застрахованного прикрепленного населения к медицинским организациям, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем условиям и видам оказания медицинской помощи, человек.

При применении данного способа оплаты из общего объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСТГ, исключаются средства, направляемые на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинские организации, оплата медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара для которых осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц.

2.4. Расчет дифференцированных подушевых нормативов и поправочного коэффициента

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КУ_{МО}^i \times КД_{ПВ}^i \times КД_{ОТ}^i, \text{ где:}$$

$ДП_{Н}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей;

$КУ_{МО}^i$ коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому

относится i-тая медицинская организация;

Расчет коэффициента выполнен на основании данных отчетной формы 14-Ф (ОМС) за предыдущий отчетный период (год).

В составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются следующие группы затрат:

- затраты на коммунальные услуги;
- затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенным медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (далее - затраты на содержание недвижимого имущества);
- затраты на содержание объектов движимого имущества;
- затраты на приобретение услуг связи;
- затраты на приобретение транспортных услуг;
- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственно участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги));
- прочие затраты на общехозяйственные нужды.

Расходы на содержание медицинских организаций рассчитываются на одно застрахованное лицо, прикрепившееся для получения первичной медико-санитарной помощи к МО. Полученные удельные показатели ранжируются от минимального до максимального значения с последующим объединением МО в однородные группы и расчетом коэффициентов дифференциации для каждой группы МО в соответствии с Инструкцией.

$KД_{пв}^i$ половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива.

Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для застрахованных лиц, прикрепившихся к данной МО, рассчитывается ТФОМС по формуле:

$$KД_{пв}^i = \sum_j (KД_{пв}^j \times Ч_3^j) / Ч_3^i, \text{ где:}$$

$KД_{пв}^i$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций;

$KД_{пв}^j$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы;

$Ч_3^j$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе, человек;

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

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в ХМАО-Югре 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.

Относительный коэффициент половозрастных затрат при оказании амбулаторной медицинской помощи, рассчитывается ТФОМС Югры по каждой половозрастной группе как отношение суммы, предъявленной на оплату за медицинскую помощь, оказанную застрахованным в ХМАО-Югре в предшествующем периоде (по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу), в расчете на 1 застрахованное лицо, к средней величине затрат на оплату амбулаторной медицинской помощи на 1 застрахованное в ХМАО-Югре лицо, без учета пола и возраста. Численность застрахованных лиц учитывается как средняя величина за предшествующий период.

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).

Относительные коэффициенты половозрастных затрат утверждаются Тарифным соглашением один раз в год.

КД_{от}ⁱ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала

Коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (КД_{от}) 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).

При этом критерии отдаленности устанавливаются комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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.

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса и др.

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

$$КД_{от}^i = \left(1 - \sum D_{отj}\right) + \sum (КД_{отj} \times D_{отj}), \text{ где:}$$

$KD_{от}^i$	коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организаций (при наличии).
$Дот_j$	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);
$KD_{отj}$	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.

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

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПн^i \times Ч_3^i)}{Пн_{БЛЗ} \times Ч_3}, \text{ где}$$

$Ч_3^i$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

Фактический базовый дифференцированный подушевой норматив для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн^i = \frac{ДПн^i}{ПК}, \text{ где:}$$

ФДПн ^{i} - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на начало соответствующего года и может корректироваться на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц.

3. Порядок применения коэффициента субъекта (Кксуб).

Основной целью применения Кксуб (корректирующего коэффициента субъекта) является определение финансовых рисков для амбулаторной медицинской помощи при выработке механизмов оплаты в целях их минимизации.

В основе расчета Кксуб принимается сравнение объемов финансового обеспечения, которое получили МО по факту финансирования за исследуемый период времени с плановым финансовым обеспечением медицинской помощи.

Коэффициент (Кксуб) применяется к доле средств, получаемых из бюджета автономного округа, на оплату амбулаторной медицинской помощи при расчете подушевого финансирования на прикрепившихся лиц.

Финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи на 2020 год осуществляется за счет:

- субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования оказываемой в рамках базовой программы ОМС в размере 64,0%;
- средств межбюджетного трансферта из бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры бюджету ТФОМС Югры на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС в размере 36,0%.

Расчет Кксуб производится за счет средств межбюджетного трансферта, получаемого из бюджета автономного округа на дополнительное финансовое обеспечение реализации ТП ОМС в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Таким образом, средства субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету ТФОМС Югры в рамках базовой программы ОМС, рассчитанные на основании среднечеловеческого норматива финансирования, в части оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, доводятся до МО в соответствии с Методическими рекомендациями. Коэффициент Кксуб применяется к фактическому базовому дифференцированному подушевому нормативу финансирования МО, рассчитанному в соответствии с Методическими рекомендациями.

$$\Phi ДН_i = ДП_i / ПК * Кксуб, \text{ где:}$$

$\Phi ДП_i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

4. Порядок применения дифференцированных подушевых нормативов для расчета финансирования медицинских организаций.

Месячный предельный объем финансирования МО по дифференцированному подушевому нормативу рассчитывается ТФОМС в разрезе МО по формуле:

$$\Phi \text{Пред}(\text{мо}) = \Phi ДН_i * Ч_{\text{мо}}(\text{мо}_i), \text{ где}$$

$\Phi \text{Пред}(\text{мо})$ – расчетный предельный месячный объем финансирования МО по дифференцированному подушевому нормативу, рассчитывается и утверждается комиссией по разработке ТП ОМС.

$Ч_{\text{мо}}$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к МО на первое число месяца следующего за расчетным по данным «Актa свeрки численности застрахованных лиц, прикрепленных по медицинским организациям для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках территориальной программы ОМС ХМАО-Югры» в разрезе СМО.

Учет финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (посещения с профилактической целью, обращения по заболеванию, неотложная помощь) осуществляется путем процентного соотношения предельного финансирования по медицинским организациям к объему финансового обеспечения по единицам учета указанной медицинской помощи, установленному комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в разрезе страховых медицинских организаций.

Подписи сторон:

Директор
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

А.А. Добровольский

Директор
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.П. Фучежи

Директор
филиала ООО «Капитал МС»
в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре



И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



М.А. Соловей

Председатель правления Некоммерческого
партнерства «Ассоциация работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры»



Ю.С. Сподар

Председатель
окружной организации профсоюза
работников здравоохранения РФ

О.Г. Меньшикова