

## **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 к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной



диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;  
 диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;  
 медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

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

### 2.1. Расчет объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (ФО<sub>СР</sub><sup>АМБ</sup>), устанавливаемый в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, определяется по следующей формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} = \frac{\text{ОС}_{\text{АМБ}}}{\text{Ч}_3}, \text{ где:}$$

ОС<sub>АМБ</sub> — объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры;

Ч<sub>3</sub> — численность застрахованного населения ХМАО-Югры, человек.

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

$$\text{ОС}_{\text{АМБ}} = (\text{Н}_{\text{ПМО}} \times \text{Нфз}_{\text{ПМО}} + \text{Н}_{\text{ДИСП}} \times \text{Нфз}_{\text{ДИСП}} + \text{Н}_{\text{РЕПР}} \times \text{Нфз}_{\text{РЕПР}} + \text{Н}_{\text{ИЦ}} \times \text{Нфз}_{\text{ИЦ}} + \text{Н}_{\text{ОЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ОЗ}} + \text{Н}_{\text{Д(Л)И}} \times \text{Нфз}_{\text{Д(Л)И}} + \text{Н}_{\text{ШКОЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{ШКОЛ}} + \text{Н}_{\text{НЕОТЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}} + \text{Н}_{\text{МР}} \times \text{Нфз}_{\text{МР}} + \text{Н}_{\text{ДН}} \times \text{Нфз}_{\text{ДН}} + \text{Н}_{\text{ЦЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ЦЗ}}) \times \text{Ч}_3 - \text{ОС}_{\text{МТР}}, \text{ где:}$$

Н<sub>ПМО</sub> — средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

Н<sub>ДИСП</sub> — средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

Н<sub>РЕПР</sub> — средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

Н<sub>ИЦ</sub> — средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной



программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

Но <sub>03</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
Но <sub>д(л)и</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований;
Но <sub>школ</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>неотл</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но <sub>мр</sub>	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 в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>дн</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>цз</sub>	средний норматив объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Нф <sub>зпмо</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нф <sub>здисп</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нф <sub>зресп</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нф <sub>зиц</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;



Нфз <sub>03</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>д(л)и</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>школ</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>неотл</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>мр</sub>	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 в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>дн</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>цз</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>мтр</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами ХМАО-Югры, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

## **2.2. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания на прикрепившихся лиц, исключая 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, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, диспансерного наблюдения застрахованных лиц из числа взрослого



населения, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 1 процента от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц) определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗПП} = \left( \left( \frac{ОС_{ПНФ} - ОС_{РД}}{Ч_3 \times СК_{Дот} \times СК_{Дпв} \times КД} \right) + \left( \frac{ФО_{КС} + ФО_{ДС} + ФО_{ПНП}}{Ч_{3ПП} \times КД} \right) \right), \text{ где:}$$

ПН <sub>БАЗПП</sub>	Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления, рублей;
ОС <sub>ПНФ</sub>	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;
ОС <sub>РД</sub>	объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей
СК <sub>Дот</sub>	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения 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;
СК <sub>Дпв</sub>	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;
ФО <sub>КС</sub>	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 видам и условиям оказания медицинской помощи, рублей;
ФО <sub>ДС</sub>	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 видам и условиям оказания медицинской помощи, рублей;
ФО <sub>ПНП</sub>	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 видам и условиям оказания медицинской помощи, рублей;
Ч <sub>3ПП</sub>	численность застрахованного прикрепленного населения к медицинским организациям, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, человек;
КД	единый коэффициент дифференциации ХМАО-Югры, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (на 2025 год – 1,748);



Параметр СКДот используется в целях сохранения сбалансированности территориальной программы обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:

$$СКДот = \frac{\sum (КДот^i \times Ч_3^i)}{\sum (Ч_3^i)}, \text{ где:}$$

$КДот^i$	значение 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, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации
$Ч_3^i$	Численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек

По аналогичной формуле рассчитывается значение СКДпв

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры (ОСпнф), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, по следующей формуле:

$$ОС_{пнф} = ОС_{амб} - ОС_{фап} - ОС_{д(л)и} - ОС_{школ} - ОС_{неотл} - ОС_{ео} - ОС_{по} - ОС_{дисп} - ОС_{репр} - ОС_{дн} - ОС_{цз} - ОС_{2 \text{ эт}}, \text{ где:}$$

$ОС_{фап}$	объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей;
$ОС_{д(л)и}$	объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
$ОС_{школ}$	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
$ОС_{неотл}$	объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в



неотложной форме вне подушевого норматива);

ОС <sub>ЕО</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в ХМАО-Югре лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;
ОС <sub>ПО</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>ДИСП</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин и углубленной диспансеризации), рублей;
ОС <sub>РЕПР</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>ДН</sub>	объем средств, направленных на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>ЦЗ</sub>	объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>2 эт</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, рублей.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (ОС<sub>ФАП</sub>), рассчитывается в соответствии с пунктом 2.7. данного приложения.

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

$$ОС_{НЕОТЛ} = Н_{НЕОТЛ} \times Н_{ФЗНЕОТЛ} \times Ч_3.$$

### 2.3. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в ХМАО-Югре при расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования учитываются половозрастные коэффициенты дифференциации. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период и о численности застрахованных лиц за данный период.

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.

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 на территории ХМАО-Югры.

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) в ХМАО-Югре (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z \div M \div Ч, \text{ где:}$$

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

Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-тый половозрастной интервал (Р<sub>j</sub>), по формуле:

$$P_j = Z_j \div M \div Ч_j, \text{ где:}$$

- |                |   |
|----------------|---|
| З <sub>j</sub> | затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период; |
| Ч <sub>j</sub> | численность застрахованных лиц ХМАО-Югры, попадающего в j-тый половозрастной интервал.  |

Рассчитываются коэффициенты дифференциации КД<sub>j</sub> для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_j = P_j \div P.$$

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 структура прикрепленного к медицинской организации населения отличается от структуры населения в целом по ХМАО-Югре, то значения половозрастных коэффициентов дифференциации для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

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

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| КД <sub>ПВ</sub> <sup>i</sup> | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций;   |
| КД <sub>ПВ</sub> <sup>j</sup> | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);                               |
| Ч <sub>3</sub> <sup>j</sup>   | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек; |
| Ч <sub>3</sub> <sup>i</sup>   | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.  |



## **2.4. Расчет 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**

Указанный коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (КД<sub>от</sub>) 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<sub>от</sub>, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

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

КД <sub>от</sub> <sup>i</sup>	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);
Д <sub>отj</sub>	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);
КД <sub>отj</sub>	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.

## **2.5. Расчет коэффициента уровня расходов медицинских организаций**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются также с учетом коэффициентов уровня расходов медицинских организаций, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – КД<sub>ур</sub>), установленных в тарифном соглашении для групп медицинских организаций.



При расчете КДур могут учитываться плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, а также расходы, связанные с содержанием медицинской организации, в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации.

## 2.6. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры ( $ДП_H^i$ ), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_H^i = Пнбаз \times КД_{ПВ}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{от}^i \times КД_{зп}^i \times КД^i, \text{ где}$$

$ДП_H^i$	дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей;
$КД_{ПВ}^i$	коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации;
$КД_{ур}^i$	коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i-той медицинской организации;
$КД_{от}^i$	коэффициент дифференциации оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той медицинской организации;
$КД_{зп}^i$	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в ХМАО-Югре.
$КД^i$	коэффициент дифференциации i-той медицинской организации.

## 2.7. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов

Размер финансового обеспечения фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2025 год:

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, – 1 442,9 тыс. рублей,  
 фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, – 2 885,8 тыс. рублей,  
 фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 3 430,6 тыс. рублей.

При расчете размеров финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. Значение КД на 2025 год – 1,748.



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

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

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

$ОС_{ФАП}^i$	размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в $i$ -той медицинской организации;
$Ч_{ФАП}^n$	число фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов $n$ -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
$БНФ_{ФАП}^n$	базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов $n$ -го типа;
$КС_{БНФ}^n$	коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). Коэффициент специфики учитывает понижающий коэффициент (0,9) к размеру финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей.

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

$$ОС_{ФАП}^j = ОС_{ФАПнг}^j + \left( \frac{БНФ_{ФАП}^j \times КС_{БНФ}^j}{12} \times n_{мес} \right), \text{ где:}$$

$ОС_{ФАП}^j$	фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;
$ОС_{ФАПнг}^j$	размер средств, направленный на финансовое обеспечение



$\Phi PO_{\text{ФАП}}^j$	фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;
$n_{\text{мес}}$	размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, рассчитанный на основании размеров финансового обеспечения и поправочных коэффициентов (на год);
	количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

### 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 2025 год осуществляется за счет:

- субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования оказываемой в рамках базовой программы ОМС (доля субвенции установлена в приложении 40 к ТС);
- 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.

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 среднедушевого норматива финансирования, в части оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, доводятся до МО в соответствии с Методическими рекомендациями. Коэффициент Кксуб применяется к базовому дифференцированному подушевому нормативу финансирования МО, рассчитанному в соответствии с Методическими рекомендациями.

$$ДП_{\text{нсуб}}^i = ДП_n^i * K_{\text{ксуб}}, \text{ где:}$$

$ДП_{\text{нсуб}}^i$  - дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-той медицинской организации, 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:

$$\Phi O_{\text{пред}}(\text{мо}) = \Phi ДН_n^i * Ч_{\text{мо}}(\text{мо}i), \text{ где}$$



ФОпред(мо) – расчетный предельный месячный объем финансирования МО по дифференцированному подушевому нормативу, рассчитывается и утверждается комиссией по разработке ТП ОМС.

Чмо – численность застрахованных лиц, прикрепленных к МО на первое число месяца следующего за расчетным по данным «Актaв сверки 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

Р.В. Паськов

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

А.П. Фучежи

Директор  
АСП ООО «Капитал МС» –  
Филиал в ХМАО-Югре

И.Ю. Кузнецова

Директор  
Ханты-Мансийского филиала  
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

О.А. Томин

Председатель  
Ассоциации работников  
здравоохранения Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры

В.А. Гильванов

Председатель  
Региональной организации Профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

О.Г. Меньшикова