

МЕТОДИКА

расчета размера подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1. Основные подходы к оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, 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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

– 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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии).

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

2.1. Расчет среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

В соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, 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:

$$\Phi O_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} = \frac{(N o_{\text{ПРОФ}} \times N фз_{\text{ПРОФ}} + N o_{\text{ОЗ}} \times N фз_{\text{ОЗ}} + N o_{\text{НЕОТЛ}} \times N фз_{\text{НЕОТЛ}}) \times Чз - O C_{\text{МТР}}}{Чз}, \text{ где:}$$

ФО ^{АМБ} _{СР}	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;
НОПРОФ	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;
НООЗ	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
НОНЕОТЛ	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
НФЗПРОФ	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;
НФЗОЗ	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;
НФЗНЕОТЛ	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
ОСМТР	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.

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:

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

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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) 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 15** к ТС.

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

$$ОС_{ИССЛЕД} = \sum (Н_{оj} \times Н_{фzj}) \times Ч_3, \text{ где:}$$

Н _{оj}	средний норматив объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового
-----------------	--

исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

Нфз_г средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

Чз численность застрахованного населения ХМАО-Югры, человек.

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 (ПН_А), 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:

$$ПН_{БАЗ} = ПН_{А} - \frac{ОС_{ЕО}}{Чз}, \text{ где:}$$

ПН_{БАЗ} 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.

2.4. Расчет дифференцированных подушевых нормативов и поправочного коэффициента

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

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

$ДП_H^i$ 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.

$КД_{ПВ}^i$ половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива.

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

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

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

$КД_{ПВ}^j$ 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:

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

- 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, определенный для i-той медицинской организаций (при наличии).
- Д_{отj} 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_{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:

$$ПК = \frac{ПН_{БАЗ} \times Ч_3}{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}, \text{ где}$$

Ч₃ⁱ - 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:

$$ФДПН^i = ДПН^i \times ПК, \text{ где:}$$

ФДПнⁱ - 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.

2.5. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских

пунктов

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 543н) составляет в среднем:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий
от 100 до 900 жителей, – 1 010,7 тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий
от 900 до 1500 жителей, – 1 601,2 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий
от 1500 до 2000 жителей, – 1 798,0 тыс. рублей.

При расчете размеров финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. Значение КД на 2021 год – 1,752.

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

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times \text{ФРО}_{\text{ФАП}}^n \times \text{ПК}_{\text{ФРО}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$	размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в <i>i</i> -той медицинской организации;
$Ч_{\text{ФАП}}^n$	число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов <i>n</i> -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
$\text{ФРО}_{\text{ФАП}}^n$	размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов <i>n</i> -го типа;
$\text{ПК}_{\text{ФРО}}^n$	поправочный коэффициент финансового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1).

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

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left(\frac{\text{ФРО}_{\text{ФАП}}^j}{12} \times n_{\text{мес}} \right), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^j$	фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;
$OC_{\text{ФАПнг}}^j$	размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;
$\text{ФРО}_{\text{ФАП}}^j$	размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-

акшерского пункта, рассчитанный на основании размеров
финансового обеспечения и поправочных коэффициентов (на год);
 $n_{\text{мес}}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

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 амбулаторной 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 2021 год осуществляется за счет:

- субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования оказываемой в рамках базовой программы ОМС в размере 74,7%;
- 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 25,3%.

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 среднелушевого 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.

$$\text{ФДН}_{\text{и}} = \text{ДП}_{\text{и}} / \text{ПК} * \text{Кксуб}, \text{ где:}$$

$\text{ФДП}_{\text{и}}$ - 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:

$$\text{ФОпред(мо)} = \text{ФДН}_{\text{и}} * \text{Чмо(мо)}, \text{ где}$$

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 «Актов 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




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»



В.А. Гильванов

Председатель
окружной организации профсоюза
работников здравоохранения РФ



О.Г. Меньшикова