

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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), при оплате: а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования; б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц; в) 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; г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19); д) углубленной диспансеризации.

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

2.1. Расчет общего объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях и среднего подушевого норматива финансирования

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 общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры по следующей формуле:

$ОС_{АМБ} = (Н_{ОПРОФ} \times Н_{ФЗПРОФ} + Н_{ООЗ} \times Н_{ФЗОЗ} + Н_{ОНЕОТЛ} \times Н_{ФЗНЕОТЛ}) \times Ч_3 - ОС_{МТР}$, где:

$ОС_{АМБ}$	объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры;
$Н_{ОПРОФ}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
$Н_{ООЗ}$	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
$Н_{ОНЕОТЛ}$	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;
$Н_{ФЗПРОФ}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
$Н_{ФЗОЗ}$	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;
$Н_{ФЗНЕОТЛ}$	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
$ОС_{МТР}$	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;
$Ч_3$	численность застрахованного населения ХМАО-Югры, человек.

Размер среднего подушевого норматива финансирования ($\Phi O_{CP}^{АМБ}$), предусмотренный Требованиями, рассчитывается путем деления $ОС_{АМБ}$ на численность застрахованного населения ХМАО-Югры.

2.2. Определение объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации)

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

$$\text{ОСПНФ-проф} = \text{ОС}_{\text{АМБ}} - \text{ОС}_{\text{ФАП}} - \text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}} - \text{ОС}_{\text{ПО}} - \text{ОС}_{\text{ДИСП}} - \text{ОС}_{\text{НЕОТЛ}} + \text{ОС}_{\text{НЕОТЛ(ФАП)}} - \text{ОС}_{\text{ЕО}}, \text{ где:}$$

- ОСПНФ-проф** объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации);
- ОС_{ФАП}** объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;
- ОС_{ИССЛЕД}** объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- ОС_{ПО}** объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- ОС_{ДИСП}** объем 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}** объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными

территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

ОС_{НЕОТЛ(ФАП)} объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, рублей;

ОС_{ЕО} объем 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.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (ОС_{ФАП}), рассчитывается в соответствии с пунктом 2.9. данного приложения.

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

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

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;

Нфz_j 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

Чз численность застрахованного населения ХМАО-Югры, человек.

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

$$ОС_{НЕОТЛ} = Н_{НЕОТЛ} \times Нфz_{НЕОТЛ} \times Чз.$$

2.3. Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

Исходя из объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры определяется базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{ОС_{ПНФ-проф} - ОС_{АМБ} \times Рез}{Ч_3 \times КД}, \text{ где:}$$

ПН_{БАЗ} базовый подушевой норматив финансирования, рублей;

КД единый коэффициент дифференциации ХМАО-Югры, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (на 2022 год – 1,754).

Рез доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (на 2022 год – 5%).

2.4. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в ХМАО-Югре при расчете значений коэффициента специфики оказания медицинской помощи учитываются половозрастные коэффициенты дифференциации. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период 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 (P_j), по формуле:

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

З_j затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам,

Ч_j попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период;
численность застрахованных лиц ХМАО-Югры, попадающего в j-тый половозрастной интервал.

Рассчитываются коэффициенты дифференциации КД_j 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 субъекту Российской Федерации, 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 _{ПВ} ⁱ	половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций;
КД _{ПВ} ^j	половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);
Ч ₃ ^j	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;
Ч ₃ ⁱ	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

2.5. 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_{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 KD_{OT} , объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$KD_{OT}^i = (1 - \sum D_{OTj}) + \sum (KD_{OTj} \times D_{OTj}), \text{ где}$$

KD_{OT}^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).
D_{OTj}	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_{OTj}	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.

2.6. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования, не включающих средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации

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

$$ДП_H^i = Пнбаз \times KC_{п/в}^i \times KD_{OT}^i \times КУ_{МО}^i \times KD^i, \text{ где}$$

$ДП_H^i$	дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;
$KC_{п/в}^i$	коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, включая оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, для i -той медицинской организации;
$КУ_{МО}^i$	коэффициент уровня i -той медицинской организации;
KD^i	коэффициент дифференциации i -той медицинской организации.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое

обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{пнф-проф}}{\sum_i (ДПн^i \times Ч_3^i)}, \text{ где}$$

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

2.7. Расчет значений коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)

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

$$КС_{проф}^i = \frac{ОС_{проф}^i + ОС_{пнф-проф}^i}{ОС_{пнф-проф}^i}, \text{ где:}$$

$КС_{проф}^i$ – коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i-той медицинской организации;

$ОС_{проф}^i$ – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий в рамках 2 этапа диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i-той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$\sum ОС_{пнф-проф}$ – общий объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, за исключением $ОС_{проф}^i$, рублей.

2.8. Расчет фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования применяются фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, которые рассчитываются по формуле:

$$ФДПн^i = ДПн^i \times ПК \times КС_{проф}^i, \text{ где:}$$

$ФДПн^i$ – 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.

2.9. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских, 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 2022 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий
от 100 до 900 жителей, – 1 087,7 тыс. рублей
фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий
от 900 до 1500 жителей, – 1 723,1 тыс. рублей,
фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий
от 1500 до 2000 жителей, – 1 934,9 тыс. рублей.

При расчете размеров финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. Значение КД на 2022 год – 1,754.

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

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

$OC_{\text{ФАП}}^i$	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);
$БНФ_{\text{ФАП}}^n$	базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов <i>n</i> -го типа;
$КС_{\text{БНФ}}^n$	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 (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:

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

$OC_{\text{ФАП}}^j$	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;
$ФРО_{\text{ФАП}}^j$	размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского 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 2022 год осуществляется за счет:

- субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования оказываемой в рамках базовой программы ОМС в размере 68,6%;
- 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 31,4%.

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 среднелюшевого 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 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:

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

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

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

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»

О.А. Томин

Председатель
Ассоциации работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

В.А. Гильванов

Председатель
окружной организации профсоюза
работников здравоохранения РФ

О.Г. Меньшикова