

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 среднего подушевого норматива финансирования

Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях ΦO_{CP}^{AMB} , устанавливаемый в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

OC_{AMB} объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ХМАО-Югры;

$Ч_3$ 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 данного субъекта Российской Федерации, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$OC_{AMB} = (НО_{ПРОФ} \times НФЗ_{ПРОФ} + НО_{ОЗ} \times НФЗ_{ОЗ} + НО_{НЕОТЛ} \times НФЗ_{НЕОТЛ} + НО_{МР} \times НФЗ_{МР}) \times Ч_3 - ОС_{МТР}, \text{ где:}$$

$НО_{ПРОФ}$ 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;

$НО_{ОЗ}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений

$НО_{НЕОТЛ}$ 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;

$НО_{МР}$ 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;

$НФЗ_{ПРОФ}$ 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;

$НФЗ_{ОЗ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

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
НфЗМР	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;
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;

2.2. Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключаяющего 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, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 5 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц) (далее – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи) определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ-проф}}{Ч_3 \times КД} \right) \times (1 - Рез), \text{ где:}$$

ПН _{БАЗ}	базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей;
ОС _{ПНФ-проф}	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации);
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%).

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 (ОС_{ПНФ-проф}), рассчитывается без учета

средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, по следующей формуле:

$ОС_{ПНФ-проф} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{УД} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП}$, где:

$ОС_{ФАП}$ 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;

$ОС_{УД}$ объем средств, направляемых на оплату углубленной диспансеризации 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 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.

$ОС_{ПО}$ 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;

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:

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

$Н_{оj}$	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;
$Н_{фзj}$	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:

$$ОС_{НЕОТЛ} = Н_{ОНЕОТЛ} \times Н_{ФЗНЕОТЛ} \times Чз.$$

2.3. 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 (Р_j), по формуле:

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

- З_j затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период;
- Ч_j 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);
- Ч₃^j численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;
- Ч₃ⁱ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

2.4. Расчет коэффициента специфики 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 специфики 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 участков 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 специфики 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 специфики $K_{\text{Дот}}$, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$K_{\text{Дот}}^i = (1 - \sum D_{\text{от}j}) + \sum (K_{\text{Дот}j} \times D_{\text{от}j}), \text{ где}$$

$K_{\text{Дот}}^i$ коэффициент специфики 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);

$D_{\text{от}j}$ доля населения, обслуживаемая j -ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$K_{\text{Дот}j}$ коэффициент специфики, 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 медицинской организации

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются также с учетом коэффициентов уровня медицинской организации, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – $K_{\text{Умо}}$), установленных в тарифном соглашении для групп медицинских организаций.

Значения коэффициентов уровня медицинской организации, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, могут определяться в том числе с учетом:

- достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации;

- расходов на содержание медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций).

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 ($ДП_{\text{Н}}^i$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_{\text{Н}}^i = П_{\text{баз}} \times КС_{\text{заб}}^i \times КД_{\text{от}}^i \times КУ_{\text{мо}}^i \times КД^i, \text{ где}$$

$ДП_{\text{Н}}^i$	дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;
$КС_{\text{заб}}^i$	коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, для i -той медицинской организации;
$КД_{\text{от}}^i$	коэффициент специфики 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;
$КУ_{\text{мо}}^i$	коэффициент уровня i -той медицинской организации;
$КД^i$	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:

$$ПК = \frac{О_{\text{спнф-проф}} \times (1 - Р_{\text{ез}})}{\sum_i (ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_3^i)}, \text{ где}$$

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

2.7. Расчет значений коэффициента уровня 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:

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

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

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

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

Учитывая, что в соответствии с Программой оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи, объем средств на оплату углубленной диспансеризации не учитывается при расчете $КС_{\text{проф}}^i$.

$ОС_{\text{ПНФ-проф}}^i$ для i -й медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{\text{ПНФ-проф}}^i = ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_3 \times ПК$$

Упрощенная формула расчета $КС_{\text{проф}}^i$ выглядит следующим образом:

$$КС_{\text{проф}}^i = 1 + \frac{ОС_{\text{проф}}^i}{ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_3 \times ПК}$$

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:

$$ФДП_{\text{Н}}^i = ДП_{\text{Н}}^i \times ПК \times КС_{\text{проф}}^i, \text{ где:}$$

$ФДП_{\text{Н}}^i$ – 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:

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

$ОС_{ФАП}^i$	размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации;
$Ч_{ФАП}^n$	число фельдшерских, 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 (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:

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

$OC_{\text{ФАП}}^j$	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;
$\text{ФРО}_{\text{ФАП}}^j$	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 среднелучшевого 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.

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

$\text{ФДП}_{\text{ни}}$ - 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:

$$\Phi\text{Опред}(\text{мо}) = \Phi\text{ДН}i * \text{Чмо}(\text{мо}i), \text{ где}$$

$\Phi\text{Опред}(\text{мо})$ – 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 «Актa свeрки численности застрахованных лиц, прикрепленных по медицинским организациям для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках территориальной программы ОМС ХМАО-Югры» в разрезе СМО.

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

Подписи сторон:

Директор
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

А.А. Добровольский

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

А.П. Фучежи

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

И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

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