

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), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и 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. Финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, осуществляется в пределах средств, предусмотренных на эти цели в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

– 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) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации; е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения.

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:

$$OC_{AMB} = (NO_{PMO} \times NFz_{PMO} + NO_{дисп} \times NFz_{дисп} + NO_{иц} \times NFz_{иц} + NO_{оз} \times NFz_{оз} + NO_{неотл} \times NFz_{неотл} + NO_{мр} \times NFz_{мр} + NO_{дн} \times NFz_{дн}) \times Ч_3 - OC_{МТР}, \text{ где:}$$

NO_{PMO} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$NO_{дисп}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$NO_{иц}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$NO_{оз}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;

$NO_{неотл}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$NO_{мр}$ 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;

Но _{дн}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Нфз _{пмо}	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;
Нфз _{дисп}	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;
Нфз _{иц}	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 _{оз}	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 _{неотл}	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 _{мр}	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 _{дн}	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;
ОС _{мтр}	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 подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

Значение базового подушевого норматива финансирования 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, 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) (далее – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи) определяется по следующей формуле:

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

ПН _{БАЗ}	базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей;
ОС _{ПНФ}	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;
КД	единый коэффициент дифференциации ХМАО-Югры, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (на 2023 год – 1,755).
Рез	доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (на 2023 год – 1%).

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 (ОС_{ПНФ}), 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:

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

ОС _{ФАП}	объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) 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 _{ЕО}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация», а также диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения), рублей;
ОС _{ПО}	объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей
ОС _{дисп}	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации), рублей

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (ОС_{ФАП}), рассчитывается в соответствии с пунктом 2.8. данного приложения.

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

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

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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований;
Нфз _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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, 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 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

$КД_{пв}^j$	медицинской организаций; 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.

2.4. 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 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 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 $КД_{от}$, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

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

$КД_{от}^i$	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);
$D_{отj}$	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 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 – КУМО), 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:

$$ДП_{\text{Н}}^i = П_{\text{нбаз}} \times КС_{\text{заб}}^i \times КД_{\text{от}}^i \times КД_{\text{ур}}^i \times КД^i, \text{ где}$$

$ДП_{\text{Н}}^i$	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;
$КД_{\text{ур}}^i$	коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для 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 выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{пнф} \times (1 - Рез)}{\sum_i (ДПн^i \times Ч_3^i)}, \text{ где}$$

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

2.7. Расчет 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:

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

$ФДПн^i$ – 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.

2.8. 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 2023 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 100 до 900 жителей, – 1 174,2 тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 900 до 1500 жителей, – 1 860,3 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 1500 до 2000 жителей, – 2 088,9 тыс. рублей.

При расчете размеров финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. Значение КД на 2023 год – 1,755.

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;

$\text{Ч}_{\text{ФАП}}^n$	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);
$\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n$	базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;
$\text{КС}_{\text{БНФ}}^n$	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:

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

$\text{ОС}_{\text{ФАП}}^j$	фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;
$\text{ОС}_{\text{ФАПнг}}^j$	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 2023 год осуществляется за счет:

- субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования оказываемой в рамках базовой программы ОМС в размере 72,23%;
- 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 27,77%.

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 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.

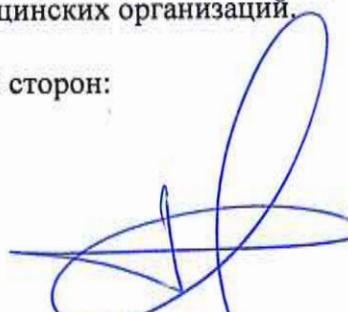
$Ч_{\text{мо}}$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к МО на первое число месяца следующего за расчетным по данным «Актa свeрки численности застрахованных лиц, прикрепленных по медицинским организациям для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках территориальной программы ОМС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

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

Подписи сторон:

Директор
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Первый заместитель директора
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

 А.А. Добровольский

 В.А. Смирнов

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



И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



О.А. Томин

Член Ассоциации работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры



Е.Н. Иванникова

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



О.Г. Меньшикова