

**Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов
финансирования медицинских организаций при оказании медицинской
помощи в амбулаторных условиях**

1. Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов

1.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо 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 Ямало-Ненецкого автономного округа, рублей;
- $Ч_3$ численность застрахованного населения Ямало-Ненецкого автономного округа, человек.

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

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

- $No_{ПРОФ}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой ОМС страхования, посещений;
- $No_{ОЗ}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой ОМС, обращений;

$Н_{\text{НЕОТЛ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой ОМС, посещений;
$Н_{\text{МР}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный территориальной программой ОМС, комплексных посещений;
$Н_{\text{ФЗПРОФ}}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой ОМС, рублей;
$Н_{\text{ФЗОЗ}}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой ОМС, рублей;
$Н_{\text{ФЗНЕОТЛ}}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой ОМС, рублей;
$Н_{\text{ФЗМР}}$	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 ОМС, рублей;
$О_{\text{СМТР}}$	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории страхования, рублей.

1.3. Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

$$ПН_{\text{БАЗ}} = \frac{О_{\text{СПНФ-проф}} - Ф_{\text{СР(РЕЗ)}}^{\text{АМБ}} \times Ч_3 \times Рез}{Ч_3 \times КД}, \text{ где:}$$

$ПН_{\text{БАЗ}}$ базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей;

$OC_{\text{ПНФ-проф}}$	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации);
$\Phi O_{\text{СР(РЕЗ)}}^{\text{АМБ}}$	средний подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для расчета объема средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций, рублей;
Рез	доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 5 процентов);
КД	единый коэффициент дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462.

Средний подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для расчета объема средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций определяется по формуле:

$$\Phi O_{\text{СР(РЕЗ)}}^{\text{АМБ}} = \frac{OC_{\text{АМБ}} - OC_{\text{ФАП}} - OC_{\text{ИССЛЕД}} - OC_{\text{СУД}} - OC_{\text{НЕОТЛ}} - OC_{\text{ЕО}}}{\text{Ч}_3}, \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}$	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;
$OC_{\text{ИССЛЕД}}$	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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
$OC_{\text{СУД}}$	объем средств, направляемых на оплату углубленной диспансеризации в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$OC_{\text{НЕОТЛ}}$ 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;

$OC_{\text{ЕО}}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Ямало-Ненецком автономном округе, рублей.

1.4. 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 ОМС, рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и определяется по следующей формуле:

$$OC_{\text{ПНФ-проф}} = (FO_{\text{СР(РЕЗ)}}^{\text{АМБ}} \times Ч_3) - OC_{\text{ПО}} - OC_{\text{ДИСП}}, \text{ где:}$$

$OC_{\text{ПО}}$ 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

$OC_{\text{ДИСП}}$ объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (за исключением углубленной диспансеризации), рублей

1.5. На основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы, не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, по следующей формуле:

$$ДП_{\text{Н}}^i = ПН_{\text{БАЗ}} \times КС_{\text{заб}}^i \times КД_{\text{ОТ}}^i \times КУ_{\text{МО}}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

- $ДП_{Н}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;
- $КС_{заб}^i$ 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 для i -той медицинской организации;
- $КД_{от}^i$ 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;
- $КУ_{МО}^i$ коэффициент уровня i -той медицинской организации, в Ямало-Ненецком автономном округе не применяется и принимается равным 1;
- $КД^i$ коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации, в Ямало-Ненецком автономном округе является единым и составляет 2,423.

1.6. Половозрастные коэффициенты дифференциации учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период.

Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива осуществляется следующим образом:

1) Численность застрахованных лиц в Ямало-Ненецком автономном округе распределяется на половозрастные группы:

- до года мужчины/женщины;
- год - четыре года мужчины/женщины;
- пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

2) Численность застрахованных лиц на территории Ямало-Ненецкого автономного округа определяется на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц (далее – РС ЕРЗ) на первое число первого месяца расчетного периода.

3) Определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; на основании реестров счетов (по видам и условиям оказания медицинской помощи, включенным в подушевой норматив финансирования) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц.

4) Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) (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.

5) Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j -тый половозрастной интервал (P_j), по формуле:

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

- Z_j затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j -тый половозрастной интервал за расчетный период;
- $Ч_j$ численность застрахованных лиц, попадающего в j -тый половозрастной интервал.

6) Рассчитываются коэффициенты дифференциации $KД_j$ для каждой половозрастной группы по формуле:

$$KД_j = P_j \div P$$

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).

Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для конкретной медицинской организации рассчитываются по следующей формуле:

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

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

1.7. 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 ($K_{\text{Дот}}$) 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).

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.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации $K_{\text{Дот}}$, 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 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).

$D_{\text{От}j}$ 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 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.

1.8. 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, а также средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитывается поправочный

коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{ПНФ-проф} - (ФО_{СР(РЕЗ)}^{АМБ} \times Ч_3 \times Рез)}{\sum_i (ДП_{Н}^i \times Ч_3^i)}$$

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

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

$КС_{проф}^i$ – коэффициент уровня 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 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;

$ДП_{Н}^i$ – дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$Ч_3^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации, человек;

ПК – поправочный коэффициент.

1.10. Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

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

$ФДП_{Н}^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

2. Порядок применения дифференцированных подушевых нормативов для расчета размера финансового обеспечения медицинских организаций

Размер финансового обеспечения медицинской организации на прикрепившихся застрахованных лиц, по подушевому нормативу, определяется ежемесячно по следующей формуле:

$$\Phi O_{MO} = \Phi ДП_{Н^I} \times Ч_3^{пр}, \text{ где}$$

ΦO_{MO} – размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц;

$\Phi ДП_{Н^I}$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i -той медицинской организации, рублей;

$Ч_3^{пр}$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, формируется по данным РС ЕРЗ на 01 число месяца, следующего за отчетным месяцем, на основании Сведений о численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, оформленных в соответствии с Порядком информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа.