|  |
| --- |
| Приложение № 2  к Тарифному соглашению  в системе ОМС ЕАО на 2017 год  от «29» декабря 2016 г. |

Порядок

формирования тарифов на медицинские услуги и подушевого норматива для оплаты медицинской помощи в круглосуточном стационаре, дневном стационаре и в амбулаторных условиях

1. Общие положения

Формирование тарифов на медицинские услуги осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию - главой одиннадцатой приказа Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 24.12.2015.

При необходимости изменения тарифов на медицинские услуги территориальный фонд вносит на рассмотрение Комиссии предложение об установлении коэффициента индексации тарифов или пересчете тарифов. Коэффициенты утверждаются тарифным соглашением.

В нормативных актах Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, регулирующих отношения по оплате медицинской помощи и тарифам, применяются термины и определения, указанные в нормативных актах и иных документах Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

1. Расчет стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу, в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара

2.1 Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре или стационаре дневного пребывания (СС кс/дс) по клинико-статистической группе определяется по следующей формуле:

СС кс/дс = БС \* КЗксг \* ПК, где

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара (базовая ставка), рублей;

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, к которой отнесен данный случай госпитализации;

ПК - поправочный коэффициент оплаты клинико-статистической группы для конкретного случая (интегрированный коэффициент), рассчитываемый по формуле:

ПК = КУксг \* КУСмо \* КСЛП, где

КУксг - управленческий коэффициент по клинико-статистической группе, к которой отнесен данный случай лечения в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара;

КУСмо - коэффициент уровня оказания медицинской помощи медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечении пациента.

2.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:

* объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (условиях дневного стационара) и оплачиваемой по клинико-статистической группе, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы обязательного медицинского страхования за исключением средств, предназначенных для осуществления межтерриториальных расчетов (ОС);
* общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате в рамках системы клинико-статистических групп (Чсл);
* среднего поправочного коэффициента оплаты по клинико-статистическим группам (СПК).

Базовая ставка (БС) рассчитывается по формуле:

, где

ОС – общий объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой ОМС, в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара за исключением средств, предназначенных для оплаты высокотехнологичной медицинской помощи и медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов;

знаменатель формулы: ∑(Чслi \* КЗксгi \* ПКi) – это количество госпитализаций, величина которого должна быть такой, чтобы выполнялось условие:

≤ 1,2,

СПК = , где

СПК - средний поправочный коэффициент оплаты по клинико-статистическим группам.

2.3. Управленческий коэффициент (КУксг) применяется к клинико-статистической группе в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. Цель установления управленческого коэффициента состоит в мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения и ресурсосберегающих технологий, в том числе развитию дневных стационаров.

Значение управленческого коэффициента не может превышать 1,4.

2.4. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУСмо), отражающий разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, устанавливается в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КУСмо) устанавливаются Тарифным соглашением согласно распределению медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи, определенным в Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации в Еврейской автономной области медицинской помощи на 2017 год.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи не применяются к клинико-статистическим группам, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне либо предусматривает (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи.

2.5**.** Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам, устанавливается на основании объективных критериев и в размерах, предусмотренных Тарифным соглашением.

1. Методика расчета финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи

3.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации (ПНбаз), определяется по следующей формуле:

,

(ФОамб-ОСео)

=

ПНбаз

Чз

ФОамб – размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, предусмотренный территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2016 год за исключением средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, и средств, направляемых на оплату медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов;

ОСео – объем средств на оплату медицинских услуг и диагностических исследований по самостоятельным тарифам, включая оплату диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан и расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

Чз – число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям области для оказания амбулаторной помощи. Прикрепленными к медицинской организации лицами считается застрахованное на территории Еврейской автономной области население, имеющее регистрацию в населенных пунктах, обслуживаемых данной медицинской организацией, или имеющее регистрацию в других населенных пунктах, но фактически прикрепленное к данной медицинской организации по письменному обращению застрахованного с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан на одну должность участкового врача (далее – прикрепившиеся).

* 1. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

ДПн i = Пн баз \* СКД инт i, где

ДПнi - дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;

СКДинт i – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-группы (подгруппы) медицинских организаций.

Объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

КДинт i = КДпв i \* КДсп i \* КДпн i \* КДси i, где

КДПВi - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей i-медицинской организации;

КДСПi - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений, учитывающий количество фельдшерско-акушерских пунктов в расчете на 10 000 прикрепившегося населения к i-медицинской организации;

КДПНi - коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения i-медицинской организации;

КДСИi - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества i-медицинской организации.

* + 1. Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

= \* , где

КД1, КД2,…КДj – коэффициенты дифференциации по половозрастным группам прикрепленного населения.

* + 1. Коэффициенты дифференциации (КДj) по j-половозрастным группам прикрепленного населения рассчитываются в следующей последовательности:

Для расчета коэффициентов дифференциации:

расчетный период определяется с 01 июля 2015 года по 30 июня 2016 года;

население, прикрепленное к медицинским организациям, распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль – один год мужчины/женщины;

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины;

восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет и старше мужчины;

пятьдесят пять лет и старше женщины.

К расчету принимается численность прикрепленных лиц на первое число расчетного периода;

определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной прикрепленному населению, на основании реестров счетов за расчетный период в разрезе половозрастной структуры прикрепленных лиц;

определяется норматив затрат на одно прикрепленное лицо (Р) без учета возраста и пола по следующей формуле:

Р = З / Ч / М, где

З – затраты на оплату медицинской помощи, оказанной всеми медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, всем прикрепленным лицам за расчетный период;

Ч – численность всех прикрепленных лиц;

М – количество месяцев в расчетном периоде;

определяются нормативы затрат на одно прикрепленное лицо, попадающее в j-половозрастной интервал (Рj)по следующей формуле:

Рj = Зj / Чj / М, где

Зj – затраты на оплату медицинской помощи, оказанной прикрепленным лицам, попадающим в j-половозрастной интервал за расчетный период;

Чj – численность прикрепленных лиц, попадающих в j-половозрастной интервал;

М – количество месяцев в расчетном периоде;

рассчитываются коэффициенты дифференциации по каждой j-половозрастной группе (КДj) по следующей формуле:

КДj = Рj / Р, где

Рi – норматив затрат на одно прикрепленное лицо, попадающее в j-половозрастной интервал;

Р – норматив затрат на одно прикрепленное лицо без учета возраста и пола.

* + 1. Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений, учитывающий количество фельдшерско-акушерских пунктов в расчете на 10 000 прикрепившегося населения к i-й медицинской организации, рассчитывается в следующей последовательности:

= где

Кfi – количество фельдшерско-акушерских пунктов, приходящееся на 10000 прикрепленного к i-медицинской организации населения;

Nfi – количество фельдшерско-акушерских пунктов в населенных пунктах, обслуживаемых i-медицинской организацией;

Чзi – численность прикрепленного к i-медицинской организации населения;

= где

Кfср - количество фельдшерско-акушерских пунктов, приходящееся на 10000 населения области;

Кfi – количество фельдшерско-акушерских пунктов, приходящееся на 10000 населения области;

Nfi – количество фельдшерско-акушерских пунктов области;

КДсп*i* =

Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений сравниваются между собой и определяется коэффициент для каждой медицинской организации по следующему принципу: повышающий коэффициент имеют медицинские организации, у которых количество фельдшерско-акушерских пунктов больше средней по области.

Расчетный КДПНi < 1,0,- утверждаетсяКДПНi = 1,0;

1,0 ≤ Расчетный КДПНi ≤ 2,0, - утверждаетсяКДПНi = 1,1;

Расчетный КДПНi > 2,0, - утверждаетсяКДПНi = 1,3.

* + 1. Коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения i-й медицинской организации, рассчитывается в следующей последовательности:

Пi = , где

Пi – плотность населения в пунктах, обслуживаемых i-медицинской организацией;

Чзi – численность застрахованных, прикрепленных к i-медицинской организации на 01.01.2015;

Si – площадь территории населенных пунктов, обслуживаемых i-медицинской организацией;

П ср = , где

П ср – плотность населения в среднем по области;

Чз – численность застрахованных по области на 01.01.2015;

S – площадь территории области;

КДПНi =

Коэффициенты дифференциации, учитывающие особенности расселения и плотность прикрепленного населения, сравниваются между собой и определяется коэффициент для каждой медицинской организации по следующему принципу: повышающий коэффициент имеют медицинские организации, у которых плотность населения больше или меньше средней по области.

Расчетный КДПНi < 0,4,- утверждаетсяКДПНi = 1,3;

0,4 ≤ Расчетный КДПНi ≤ 1,0, - утверждаетсяКДПНi = 1,0;

Расчетный КДПНi > 1,0, - устанавливается повышающий коэффициент индивидуально для каждой медицинской организации:

- ОГБУЗ «Областная больница» КДПНi = 2,45 и ОГБУЗ «Детская областная больница» КДПНi = 2,0, так как расчетный КДПНi имеет значения, значительно превышающие средние по области (79,4 и 21,6 соответственно);

- ОГБУЗ «Николаевская районная больница» КДПНi = 1,5 (расчетный КДПНi = 3,8), так как территория, обслуживаемая этой организацией, близко расположена к городу Хабаровску, и плотность населения значительно превышает этот показатель других центральных районных больниц и районных больниц.

* + 1. Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества i-й медицинской организации рассчитывается в следующей последовательности:

Сиi = где

Сиi - расходы на содержание i-медицинской организации, приходящиеся на одного прикрепленного к i-медицинской организации;

Иi – расходы на содержание i-медицинской организации;

Си ср = где

Си ср – расходы на содержание медицинских организаций области, приходящиеся на одно прикрепленное лицо.

И ср – расходы на содержание медицинских организаций области;

КДСИi =

Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание имущества включаются в интегрированный коэффициент в размерах расчетных коэффициентов дифференциации, исключение составляет ОГБУЗ «Облученская районная больница» по причине значительного превышения расходов на содержание этой медицинской организации над средними по области. Для ОГБУЗ «Облученская районная больница» определяется коэффициент в размере 2,65.

3.2.6. Стоимость планового задания i-медицинской организации (ПЗi), имеющей прикрепившихся лиц, определяется по следующей формуле:

ПЗi = ПНбаз \* СКДинтi \* Чзi

При проведении расчетов стоимости планового задания на 2016 год по вышеуказанным формулам полученные данные сравнивались с суммой финансовых средств, принятых к оплате за 2015 год (в котором медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, оплачивалась по тарифам, рассчитанным для каждой медицинской организации).

Выявлено следующее:

При группировке медицинских организаций в группы, исходя из значений интегрированного коэффициента, происходит перераспределение финансовых средств от медицинских организаций, расположенных в сельской местности, к медицинским организациям, расположенных в городах и городской местности.

Кроме того, близкие по значениям интегрированных коэффициентов медицинские организации, не однородны: например, Областная больница и Николаевская районная больница, Линейная амбулатория на станции Волочаевка-II и Ленинская центральная районная больница.

Также особенностью организации медицинской помощи в Еврейской автономной области является то, что в каждом населенном пункте имеется только одна территориальная поликлиника.

Применение средневзвешенных интегрированных коэффициентов не приведет, в данных условиях, к обеспечению финансовой устойчивости здравоохранения области.

Данное решение распространяется на 2017 год.

Стоимость планового задания i-медицинской организации (ПЗi) будет равна:

ПЗi = ПНбаз \* КДинтi \* Чзi.

В целях приведения суммы финансирования, рассчитанной по вышеуказанной формуле, к плановой сумме финансовых средств на оплату амбулаторной помощи, рассчитывается поправочный коэффициент по следующей формуле:

ПКпн =

Стоимость планового задания i-медицинской организации (ПЗi), устанавливаемого комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования:

ПЗi =

3.2.7. Стоимость планового задания для i-медицинской организации на месяц (ПЗi мес), на который определяется сумма финансирования, рассчитывается по следующей формуле:

ПЗi мес = ПЗi \* У, где

У - удельный вес месяца в году рассчитывается по следующей формуле:

У = , где

Ri – стоимость медицинской помощи, оказанной i-медицинской организацией в прошлом году (на каждый месяц года);

R - стоимость медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями области в прошлом году (на каждый месяц года).

* 1. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной помощи.

Тарифы на посещение с профилактической целью и обращение в связи с заболеванием рассчитаны исходя из суммы финансовых средств, направляемых на оплату посещений и консультаций в поликлинике, посещений на дому, относительных коэффициентов стоимости посещений с учетом специальности, количества посещений.

Тарифы на оплату посещений в связи с оказанием неотложной медицинской помощи установлены в размере финансовых нормативов, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2017 год.

Тарифы на оплату заместительной почечной терапии установлены в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Тарифы законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров рассчитаны в соответствии с приказами Минздрава Российской Федерации, регулирующими организацию данных видов медицинской помощи.

Расчет тарифа на посещение к врачу, фельдшеру, акушерке производится в следующей последовательности:

определяется плановая сумма финансовых средств, направляемых на оплату посещений и консультаций в поликлинике, посещений на дому, в том числе по каждому коду посещений;

определяется плановое количество посещений по специальностям по каждому коду;

определяется средняя стоимость посещения по специальностям по каждому n-коду посещения (Тn) по следующей формуле:

Тn = где

Mn – стоимость выполненных посещений по n-коду посещения за предыдущий год;

On – количество выполненных посещений по n-коду посещения за предыдущий год;

определяется средняя стоимость посещения по всем специальностям (Т) по следующей формуле:

Тср = где

M – стоимость выполненных посещений за предыдущий год;

O – количество выполненных посещений за предыдущий год;

определяются относительные коэффициенты стоимости посещений с учетом специальности по следующей формуле:

Кос n =

Определяется базовый тариф на одно посещение независимо от специальности (Тбаз)по следующей формуле:

Тбаз = где

М план - плановая сумма финансовых средств, направляемых на оплату посещений и консультаций в поликлинике, посещений на дому;

О план - плановое количество посещений по всем специальностям;

Определяется плановая стоимость посещения по специальности по каждому коду посещения по следующей формуле:

Тплан n =

В целях приведения суммы финансирования, рассчитанной по тарифу плановой стоимости посещения, к плановой сумме финансовых средств на оплату амбулаторной помощи рассчитывается поправочный коэффициент по следующей формуле:

ПК =

Базовый тариф на одно посещение корректируется на поправочный коэффициент и плановая стоимость посещения по специальности по каждому n-коду посещения будет равна:

Тплан n =

* 1. Расчет суммы оплаты амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи производится в следующем порядке.

Месячный объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи (Сi) i-медицинской организации рассчитывается по формуле:

Сi = Сфi + Cмтрi, где

Сфi – месячная сумма финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной i-медицинской организацией;

Cмтрi – оплата медицинских услуг, оказанных i-медицинской организацией населению, застрахованному в других субъектах Российской Федерации, по установленным тарифам.

Месячная сумма финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной медицинской организацией (Сфi), рассчитывается по формуле:

Сфi = ∑Сфi (смо q) - {∑Сфi (смо q) - Зi q}, где

Сфi (смо q) – месячная сумма финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной i-медицинской организацией населению, застрахованному q-страховой медицинской организацией, рассчитывается по формуле:

Сфi (смо q) = ДПнi \* У \* Чзi q + Сi нп – Cп + Сдиспi + Снеотлi + Сдиал,

ДПн i - дифференцированный подушевой норматив для i-медицинской организации на одно застрахованное лицо в год, установленный Тарифным соглашением;

У - удельный вес месяца в году для i-медицинской организации;

Чзi q – численность прикрепленного к i-медицинской организации населения, застрахованного q-страховой медицинской организацией, по состоянию на первое число месяца, на который производится расчет;

Ci нп - стоимость амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной i-медицинской организацией неприкрепленному населению;

Сп – стоимость амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной прикрепленному населению в других медицинских организациях;

Сдиспi – оплата законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров по установленным тарифам, выполненных i-медицинской организацией;

Снеотлi - оплата посещений неотложной медицинской помощи по установленным тарифам, выполненных i-медицинской организацией;

Сдиал – стоимость процедур диализа, выполненных ОГБУЗ «Областная больница» в амбулаторных условиях (данный показатель применяется только для расчетов по ОГБУЗ «Областная больница»);

Зi q – стоимость медицинских услуг после проведения контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, оказанной i-медицинской организацией (без учета стоматологической помощи; медицинских услуг, оказанных населению, застрахованному в других субъектах Российской Федерации) застрахованным q-страховой медицинской организацией;

Если итог вычитания показателей, указанных в скобке {∑Сфi (смо q) - Зi q}, больше нуля, то формула расчета показателя Сфi выполняется полностью. Если итог скобки {∑Сфi (смо q) - Зi q} меньше нуля, то итог по скобке принимается равным нулю.

То есть, месячная сумма финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной i-медицинской организацией населению, застрахованному q-страховой медицинской организацией, будет равна сумме, рассчитанной по подушевым нормативам, но не более суммы стоимости медицинской помощи, выполненной за месяц, с учетом медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы i-медицинской организации.

В развернутом виде расчет показателя Сфi будет иметь вид:

Сфi = ﴾∑(ДПнi \* У \* Чзi q) + Сi нп – Cп + Сдиспi + Снеотлi + Сдиал﴿ – {﴾∑(ДПнi \* У \* Чзi q) + Сi нп – Cп + Сдиспi + Снеотлi + Сдиал﴿ – Зi q}.

Зi q = ∑(Тплан n \* Омп i q) – h, где

Зi q - суммы стоимости медицинской помощи, выполненной за месяц, с учетом медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы i-медицинской организации;

Тплан n - плановая стоимость посещения по специальности по каждому n-коду посещения;

Омп i q – объем амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной i-медицинской организацией населению, застрахованному q-страховой медицинской организацией;

h – сумма неоплаты медицинской помощи по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы i-медицинской организации.

Если по итогам работы за месяц всех медицинских организаций области складывается экономия финансовых средств в связи с невыполнением объемов медицинской помощи в целом по области, то у отдельных медицинских организаций, у которых сумма выполненных объемов выше суммы по подушевым нормативам, к оплате может быть принята стоимость амбулаторно-поликлинической помощи сверх суммы по подушевым нормативам, но не более стоимости выполненных объемов и в пределах средств сложившейся экономии.