|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Соглашению о тарифах  на оплату медицинской помощи  по обязательному медицинскому  страхованию на территории  Хабаровского края на **2020** год |

**ПОРЯДОК**

**расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС**

***1. Общие положения и понятия***

В настоящем Порядке используются следующие понятия и определения:

***Медицинская услуга*** *–* мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

***Тарифы на медицинскую помощь (услуги)*** *–* отдельная группа ценовых показателей в денежном выражении, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации.

***Отдельные медицинские (диагностические) услуги*** – услуги, предоставляемые медицинскими организациями в амбулаторных условиях и оплачиваемые по отдельным тарифам в соответствии с установленными Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Хабаровском крае объемами.

***Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)*** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

***Клинико-профильная группа (КПГ)*** – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

***Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний*** *–* группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

***Базовая ставка*** *–* средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, устанавливаемых на федеральном уровне (средняя стоимость законченного случая лечения).

***Коэффициент относительной затратоемкости*** *–* устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

***Коэффициент дифференциации*** *–* устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации*.*

***Управленческий коэффициент*** *–* устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний.

***Коэффициент уровня оказания медицинской помощи*** *–* устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

***Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи*** *–* устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

***Коэффициент сложности лечения пациентов*** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

***Поправочные коэффициенты*** *–* устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

***Случай госпитализации*** *–* случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

***Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ)*** *–* оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов.

***Оплата медицинской помощи за услугу*** *–* составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных на федеральном уровне.

***Законченный случай лечения в поликлинике*** – обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута). Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичного и повторного (-ых) посещений.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, ухудшение, требующее направления пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях «Талона амбулаторного пациента» только при последнем посещении больного по данному поводу.

***Законченный случай лечения в стационаре* –** совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи. Признаком законченного случая может являться достижение клинического результата (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания) или смерть пациента.

***Граждане, прикрепившиеся к медицинской организации*** – застрахованные по ОМС граждане, выбравшие медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, в рамках территориальной программы ОМС в соответствии с отметкой в регистре застрахованных Хабаровского края (далее – прикрепившиеся граждане).

**2. Методика расчета стоимости медицинской помощи,**

**оказываемой в рамках реализации территориальной программы ОМС**

**2.1. Расчет стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара по системе КСГ заболеваний.**

2.1.1. **Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре или дневном стационаре (ССКСГ/КПГ) по КСГ или КПГ** определяется по следующей формуле:

СС КСГ/КПГ = БС x КЗКСГ/КПГ x ПК x КДi, где

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

КЗКСГ/КПГ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

КДi – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012  №  462[[1]](#footnote-1).

Коэффициент дифференциации i-того районного уровня учитывает размер районных коэффициентов и надбавок к заработной плате за работу в местностях с особыми климатическими условиями в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, в южных районах Дальнего Востока, установленных федеральным законодательством, а также уровень индексации материальных затрат, связанный с особенностями территориального расположения медицинских организаций (Приложение № 3 к Соглашению).

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ для конкретного случая, рассчитываемый по формуле:

ПК = КУ КСГ/КПГ x КУСМО x КСЛП, где:

КУКСГ/КПГ – управленческий коэффициент по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСМО – коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, применяемый к стоимости случая проведения ЭКО.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи для КСГ в условиях дневного стационара принимается равным 1.

**2.1.2.** **Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (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 КСГ или КПГ, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы ОМС за исключением средств, предназначенных для оплаты высокотехнологичной медицинской помощи и медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов (ОС);

– общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ или КПГ (Чсл);

– среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ или КПГ (СПК).

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) рассчитывается по формуле:

где:

СПК рассчитывается по формуле:

2.1.3. **Управленческий коэффициент (КУКСГ/КПГ)** применяется к КСГ или КПГ 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 КПГ, или стимулировании медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения. Кроме этого, управленческий коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников (через осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров в больничных учреждениях.

Значение управленческого коэффициента - от 0,8 до 1,4.

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, применение понижающих коэффициентов не допускается (перечень представлен в Инструкции).

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара (перечень представлен в Инструкции), повышающий управленческий коэффициент не применяется.

К КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология» управленческий коэффициент не применяется (устанавливается в значении 1).

2.1.4. **Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи (КУСмо, КПУСмо**), 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, а также оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий, устанавливается в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи.

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, и т.д.), в каждом уровне выделены подуровни оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню (КПУСМО).

Перечень КСГ, к которым не применяются коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях стационара, установлен Соглашением о тарифах (Таблица 2 Приложения №15 к Соглашению).

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

**2.2.1. Расчет среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

В соответствии с Требованиями, на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

base_1_217556_53, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_54 | средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей; |
| НоПРОФ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НоОЗ | 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; |
| НоНЕОТЛ | 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; |
| НфзПРОФ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзОЗ | 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; |
| ОСМТР | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей; |
| Чз | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек. |

Учитывая, что Программой средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (НфзПРОФ) установлен в разрезе трех направлений, его расчет осуществляется по формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| НоПО | средний норматив объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений; |
| НоДИСП | средний норматив объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НфзПО | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзДИСП | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзПИЦ | средний норматив финансовых затрат на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей. |

**2.2.2. Определение подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами**

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНА | подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, рублей; |
| ОСФАП | размер 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; |
| ОСИССЛЕД | размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСПО | размер 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; |
| ОСДИСП | размер 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; |
| ОСНЕОТЛ | размер 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. |

При этом объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (ОСФАП), рассчитывается в соответствии с пунктом 2.2.8 настоящего Порядка.

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

ОСИССЛЕД = (НоКТ × НфзКТ + НоМРТ × НфзМРТ + НоУЗИ × НфзУЗИ + НоЭНД × НфзЭНД + НоМГИ × НфзМГИ + НоГИСТ × НфзГИСТ) × ЧЗ, где:

|  |  |
| --- | --- |
| НоКТ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НоМРТ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НоУЗИ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НоЭНД | средний норматив объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НоМГИ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НоГИСТ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НфзКТ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзМРТ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзУЗИ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзЭНД | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзМГИ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзГИСТ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей. |

Объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, рассчитывается по следующей формуле:

ОСПО = НоПО × НфзПО × ЧЗ.

Объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, рассчитывается по следующей формуле:

ОСДИСП = НоДИСП × НфзДИСП × ЧЗ.

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

ОСНЕОТЛ = НоНЕОТЛ × НфзНЕОТЛ × ЧЗ.

**2.2.3. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПНА), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей; |
| ОСЕО | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей. |

В базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

**2.2.4. Правила применения коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, установленного в Тарифном соглашении для групп медицинских организаций, определенных пунктом 5.2 Требований.

С учетом объективных критериев, основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, по каждому уровню могут выделяться подуровни оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню оказания медицинской помощи. При этом в соответствии с Требованиями в качестве таких критериев могут использоваться плотность населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности регионов, уровень расходов на содержание медицинских организаций и/или структурных подразделений медицинских организаций (медицинских пунктов, мобильных медицинских бригад, а также подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и т.п.), достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

При расчете коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи не учитываются половозрастной состав населения и расходы на содержание медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и оплату труда персонала (пункты 2.2.5 и 2.2.6 настоящего Порядка соответственно).

Значения коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи устанавливаются самостоятельно субъектом Российской Федерации.

**2.2.5. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в субъекте Российской Федерации устанавливаются половозрастные коэффициенты дифференциации. 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.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива выполняется следующий алгоритм:

1. Численность застрахованных лиц распределяется на половозрастные группы. Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц 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.

1. Все лица, застрахованные в субъекте Российской Федерации в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода.
2. 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.
3. Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) (без учета возраста и пола) по формуле:

, 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 субъекта Российской Федерации. |

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| Зj | затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период; |
| Чj | численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации, попадающего в j-тый половозрастной интервал. |

1. Рассчитываются коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

.

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 медицинская организация имеет структуру прикрепленного к ней населения равную структуре населения в целом по субъекту Российской Федерации, она имеет значение половозрастного коэффициента дифференциации равное 1.

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:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций; |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы); |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек. |

Таким образом, увеличение доли прикрепленного к медицинской организации населения по половозрастным группам, коэффициенты дифференциации по которым выше 1, в том числе по группам мужчин и женщин 65 лет и старше, при прочих равных будет вести к повышению значения половозрастного коэффициента дифференциации для медицинской организации.

**2.2.6. Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений,** **расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала**

Указанный коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (КДОТ) применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

При этом критерии отдаленности устанавливаются комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц таких медицинских организаций с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

* для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,113,
* для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации КДОТ, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

, где

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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). |
|  | 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); |
|  | коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала. |

**2.2.7. Расчет дифференцированных подушевых нормативов и поправочного коэффициента**

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится i-тая медицинская организация; |
|  | районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена i-тая медицинская организация (в соответствии с Требованиями) (применяется в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации). |

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования i-той медицинской организации, рублей. |

**2.2.8. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов**

Размер финансового обеспечения фельдшерских, 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 2020 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 100 до 900 жителей, – 957,2 тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 900 до 1500 жителей, – 1 516,4 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 1500 до 2000 жителей, – 1 702,8 тыс. рублей.

При расчете размеров финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в субъектах Российской Федерации применяются коэффициенты дифференциации, рассчитанные в соответствии с Постановлением № 462.

Кроме указанных типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при необходимости субъектом Российской Федерации самостоятельно устанавливаются размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов (обслуживающих менее 100 и более 2000 жителей, а также не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению) исходя из установленных Программой нормативов, с применением понижающих и повышающих поправочных коэффициентов к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерского-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей и от 1500 до 2000 жителей соответственно.

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
|  | 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); |
|  | размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
|  | поправочный коэффициент финансового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1). |

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

**2.2.9. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение**

**(законченный случай).**

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи в определенных [Программой](consultantplus://offline/ref=92EC2BB3544748822C0E61E220F316B72FEAAA6E21035E926ACDA09A75FD08D1762ED4769C88BA350FhEH) случаях размер финансового обеспечения медицинской организации складывается, исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

base_1_283654_62,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОФАКТ | фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей; |
| ОМП | фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений); |
| Т | тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по соответствующей районной группе, рублей. |

Тарифы на разовые посещения в связи с заболеванием, с иными целями медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием и обращение в связи с заболеванием в консультативно-диагностических центрах, отделениях медицинских организаций (далее – КДЦ), не имеющих прикрепившихся лиц, установлены с учетом отдельной оплаты в КДЦ по самостоятельным тарифам лабораторных и диагностических услуг.

**2.3. Методика расчета финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по подушевому**

**нормативу на обслуживаемое население в сочетании с оплатой за вызов.**

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (далее – СМП), оказываемой вне медицинской организации, осуществляется по подушевому нормативу на обслуживаемое население в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.3.1. Средний размер финансового обеспечения СМП в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

,

где:

средний норматив объема СМП, установленный Базовой программой ОМС на 2020 год в размере 0,29 вызова на 1 застрахованное лицо;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления СМП, установленный Базовой программой ОМС на 2020 год в размере 2 428,6 рублей (без учета коэффициента дифференциации);

размер средств, направляемых на оплату СМП, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;

численность обслуживаемого застрахованного населения, включенного в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, принятая для расчета показателей ТПОМС на 2020 год, человек.

2.3.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования СМП(ПН*баз*) на одно застрахованное лицо рассчитывается по следующей формуле:

,

где:

– размер средств, направляемых на оплату СМП за вызов, рублей.

2.3.3. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования СМП, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

,

где:

средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования СМП, определенный для *i-*той группы (подгруппы) медицинских организаций.

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

,



где:

– половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;



– коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания (при наличии);

– коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения субъекта Российской Федерации;

– коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;



– коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Хабаровском крае.

Полученные значения КДинт ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ().

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

base_1_217556_71, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_72 | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек. |

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПн) рассчитывается по формуле:

base_1_217556_73, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей. |

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей СМП вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

,

где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | - | размер финансового обеспечения *i-*той медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей; |
|  | - | численность застрахованных лиц, обслуживаемых *i-*той медицинской организацией (по состоянию на 01.12.2019). |

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года №  462 (ред.от 18.10.2018) «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» [↑](#footnote-ref-1)