|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 3  к Соглашению о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Хабаровского края на 2015 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 стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

*Коэффициент относительной затратоемкости по КСГ* – поправочный коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний, определяемый как отношение ее затратоемкости к базовой ставке финансового обеспечения.

Размеры коэффициентов относительной затратоемкости по КСГ устанавливаются в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 15.12. 2014 № 11.9/10/2-9454.

*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 обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) граждане, выбравшие медицинскую организацию для оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с отметкой в регистре застрахованных Хабаровского края (далее – прикрепившиеся граждане).

*Коэффициент дифференциации (КД)* **-** коэффициент, расчитанный для Хабаровского края в соответствии с методикой, утвержденной Постановлением Правительства РФ № 462[[1]](#footnote-1) .

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 стационара дневного пребывания.

2.1.1. Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре или дневного пребывания (СС кс/дс) по КСГ определяется по следующей формуле:

, где (1)

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

КЗ КСГ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КДi - коэффициент дифференциации i-того районного уровня, учитывающий 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, установленные федеральным и краевым законодательством, а также уровень индексации материальных затрат, связанный с особенностями территориального расположения медицинских организаций (Таблица №1 Приложения № 4 к Соглашению).

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент), рассчитываемый по формуле:

, где (2)

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

КУксг - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара, применяется с целью:

- регулирования уровня госпитализации с учетом достижения целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2015 год;

- развития стационарозамещающих технологий.

КСКП - коэффициент сложности курации пациента, устанавливаемый с учетом критериев, предусмотренных разделом 6 Порядка применения способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (Приложение №2 к Соглашению).

При расчете КСКП для оплаты сверхдлительных сроков госпитализации, его значение определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлинного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении

, где (3)

К*дл*– коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов. Рекомендуемое значение – 0,25 для обычных отделений, 0,4 – для реанимационных отделений;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней).

2.1.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара (базовая ставка), рассчитывается по формуле:

, где (4)

=

*СЛ*

*ОСксг*

*БС*

*ЧС ПК*



ОС*ксг* – общий объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в рамках системы КСГ заболеваний по нормативам, установленным территориальной программой ОМС в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара за исключением средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в рамках межтерриториальных расчетов;

ЧСсл – общее количество случаев госпитализации, подлежащих оплате в рамках системы КСГ заболеваний в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара.

СПК – средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ, рассчитывается по формуле:

, где (5)

=

*(КЗi x ПКi x КДi)*

*СПК*

*Ч сл*



КЗ*i*- весовой коэффициент затратоемкости подгруппы i;

ПК*i*-поправочный коэффициент подгруппы i.

2.1.3. Размер финансового обеспечения медицинской организации (ФОкс/дс) по системе КСГ в условиях стационара или стационара дневного пребывания рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации:

 (6)

2.2. Расчет стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара при поликлинике.

Стоимость одного случая в условиях дневного стационара при поликлинике (СДС) по КСГ определяется по следующей формуле:

,

*ССдсп=БСдс х КЗ ксг х КДi х КУксг(дс),* где (7)

БС*дс* – размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневных стационаров (базовая ставка);

КУ*ксг(дс)* - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен законченный случай лечения, в условиях дневных стационаров.

Размер финансового обеспечения медицинской организации по системе КСГ в условиях дневного стационара при поликлинике для медицинской организации (ФОдс) рассчитывается как сумма стоимости всех случаев лечения.

 (8)

2.3. Методика расчета стоимости амбулаторно-поликлинической

помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется на основе подушевого норматива финансирования

2.3.1. Подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, определяется по следующей формуле:

, где (9)

(ОС*апп*-О*ст*)/КД

=

*ПНа*

*Чпр*

ОС*апп* – объем средств на финансовое обеспечение амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, предусмотренный территориальной программой ОМС на 2015 год за исключением средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в рамках межтерриториальных расчетов;

О*ст* – объем средств на оплату медицинских услуг и диагностических исследований по самостоятельным тарифам, включая оплату диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан;

Ч*пр* – число застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям края для оказания амбулаторной помощи в соответствии с отметкой в регистре застрахованных Хабаровского края, по состоянию на 01.12.2014.

2.3.2. Стоимость планового задания медицинской организации (СПЗ*а*), имеющей прикрепившихся лиц, определяется по следующей формуле:

СПЗ*а* = ПН*а* х Ч*прi* х К*пвi* х К*фапi* х КД*i* х КПН х КП*аi*, где (10)

Ч*прi* – число прикрепившихся граждан к i-й медицинской организации по состоянию на 01.12.2014;

К*пвi* – половозрастной коэффициент дифференциации амбулаторной помощи i-й медицинской организации;

КПН – коэффициент плотности населения, применяемый при расчете стоимости амбулаторной медицинской помощи и скорой медицинской помощи для медицинских организаций, расположенных на территориях муниципальных образований с плотностью населения менее 0,15 человек на 1000 квадратных километров (Таблица №2 Приложения №4 к Соглашению);

К*фапi* – коэффициент структурных подразделений медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, учитывающий количество фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий, находящихся вне места регистрации юридического лица, в расчете на 10 000 прикрепившегося населения (Приложение № 8 к Соглашению).

К*паi* – коэффициент потребления амбулаторно-поликлинической помощи, учитывающий плановый объем посещений *i-*медицинской организации на 2015 год в расчете на прикрепившееся лицо (Опр*i*), применяемый в размере:

* 1,15, при Опр*i* ≥ 15 ;
* 1,0 , при 4 ≤ Опр*i* < 15;
* 0,85, при Опр*i* < 4.

Опр*i* определяется по формуле:

Опр*i* = ПОа*i* / Ч*прi* ,где (11)

ПОа*i* – плановый объем амбулаторно-поликлинических посещений в рамках оплаты по подушевому нормативу, установленный для *i-*медицинской организации решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Хабаровском крае на 2015 год.

2.4. Тарифы на оплату единиц объема амбулаторной помощи, законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров граждан, отдельных медицинских и диагностических услуг.

Тарифы на оплату посещений с профилактической целью, обращений по заболеванию, посещений в связи с оказанием неотложной медицинской помощи установлены в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема амбулаторной медицинской помощи, предусмотренными Базовой программой ОМС на 2015 год (далее- федеральные нормативы), с применением коэффициентов дифференциации (Таблица № 1 Приложения № 4).

Тарифы на посещение с профилактической целью и обращение в связи с заболеванием в клинико-диагностических центрах (далее-КДЦ), не имеющих прикрепившихся лиц, установлены с учетом оплаты в КДЦ отдельных медицинских и диагностических услуг.

Тарифы на оплату законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров граждан, отдельных медицинских и диагностических услуг установлены Соглашением в размерах согласно Приложениям №№ 5, 6.

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

нормативу на обслуживаемое население

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (далее-СМП), оказываемой вне медицинской организации, осуществляется по подушевому нормативу на обслуживаемое население.

2.5.1. Подушевой норматив финансирования СМП (ПН*СМП*) на одно застрахованное лицо рассчитывается исходя из значений нормативов объемов предоставления СМП в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления СМП по следующей формуле:

ПН*смп* = О*смп* х Ф*смп* х К*кор*, где (12)

О*смп* – норматив объемов предоставления СМП в расчете на одно застрахованное лицо, установленный Базовой программой на 2015 год в размере 0,318 вызова на застрахованное лицо;

Ф*смп* – норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления СМП, установленный Базовой программой на 2015 год в размере 1710,1 рубля.

К*кор* – поправочный коэффициент (0,780), применяемый в целях приведения расчетной суммы финансового обеспечения СМП по подушевому нормативу в соответствие с объемом финансового обеспечения сформированным согласно нормативу объемов СМП на застрахованное лицо и нормативу финансовых затрат на единицу объема СМП, установленным территориальной программой ОМС на 2015 год.

2.5.2 . Объем финансового обеспечения (ОФ*смп*) скорой медицинской помощи медицинской (далее – СМП) определяется по следующей формуле:

ОФ*смп* = ПН*смп* х Ч*i* х К*пвi* х КД*i* х К*спi* х КПН, где (13)

ПН*смп* – подушевой норматив финансирования СМП;

Ч*i* – численность застрахованного населения, включенного в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, по состоянию на 01.12.2014, обслуживаемого i-той станцией СМП (подразделением медицинской организации, оказывающим СМП);

К*пвi* - половозрастной коэффициент дифференциации СМП i-й медицинской организации;

К*спi* – коэффициент структуры СМП i-й медицинской организации, учитывающий:

-для станций СМП - удельный вес специализированных бригад в общем количестве бригад СМП;

-для иных медицинских организаций, оказывающих СМП, - количество обособленных структурных подразделений в составе медицинской организации, находящихся вне места регистрации юридического лица, в расчете на 10 000 обслуживаемого населения (Приложение № 22 к Соглашению).

2.6. Методика расчета стоимости законченного случая медицинской

реабилитации в стационарных условиях

2.6.1. Стоимость одного случая медицинской реабилитации в стационарных условиях (МРсл) определяется по следующей формуле:

МРсл =ОСмр/ЧС*мр*, где (14)

ОСмр – общий объем средств на финансовое обеспечение медицинской реабилитации в стационарных условиях, предусмотренный территориальной программой ОМС на 2015 год;

2.6.2. Размер финансового обеспечения медицинской реабилитации в стационарных условиях (ФО*мр*) определяется по следующей формуле:

ФО *мр* = МР*сл* х ЧС*мр*, где (15)

МР*сл* – стоимость одного случая медицинской реабилитации в стационарных условиях;

ЧС*мр* – число случаев медицинской реабилитации в стационарных условиях.

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «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)