|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 3  к Соглашению о тарифах  на оплату медицинской помощи  по обязательному медицинскому  страхованию на территории  Хабаровского края на 2018 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 дополнительных классификационных критериев, в том числе 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 индекса бюджетных расходов 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.

***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, устанавливаемый 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 амбулаторно-поликлинической медицинской 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:

ССКСГ/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 5 мая 2012 года №  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 и краевым законодательством, а также уровень индексации материальных затрат, связанный с особенностями территориального расположения медицинских организаций (Приложение № 4 к Соглашению).

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

ПК = КУКСГ/КПГ x КУСМО, 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.

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

Стоимость проведения экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) с учетом возможности проведения отдельных этапов процедуры ЭКО, криоконсервации и размораживания эмбрионов, определяется по формуле:

ССэко = БС x КЗксг x КД x КУКСГ x КСЛП, где

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента.

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 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 не может превышать 1,4.

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, 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 №14 к Соглашению).

**2.2. Методика расчета финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи, на основе подушевого норматива**

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

,

(ФО*амб*-ОСмтр-Оео) /КД

=

*ПНбаз*

*Чз*

где:

ФО*амб* – размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, предусмотренный Территориальной программой ОМС на 2018 год, рублей;

ОСмтр – размер средств, направляемый 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;

ОСео – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, включая диагностические исследования по самостоятельным тарифам, диспансеризацию и профилактические осмотры отдельных категорий граждан, медицинскую помощь в неотложной форме, расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях, рублей;

Ч*з* – численность застрахованного населения Хабаровского края, по состоянию на 01.12.2017, человек.

2.2.2. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

,

где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | – | дифференцированный подушевой норматив для *i-*той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей; |
|  |  |  |
|  | – | средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный  для *i-*той 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:

,

где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | – | интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | – | половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации; |
|  |  |  |
|  | – | коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений, учитывающий количество фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий и поликлиник, находящихся вне места регистрации юридического лица, в расчете на 10 000 прикрепившегося населения (Приложение № 8 к Соглашению); |
|  |  |  |
|  | – | коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения (Приложение № 9 к Соглашению); |
|  | – | коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Хабаровском крае,при этом КДзп устанавливается:  - в размере = 1 для негосударственных и казенных медицинских организаций;  - в размере ≥ 1 для федеральных государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Федеральному агентству научных организаций; краевых государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края, исходя из уровня достижения медицинской организацией показателей «дорожной карты» по основным категориям медицинских работников (врачи, средний и младший медицинский персонал) за последний отчетный период перед проведением расчетов; |
|  | – | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462. |

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы .

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

СПЗ*а* = х Ч*прi*

где:

Ч*прi* – число прикрепившихся граждан к i-й медицинской организации по состоянию на 01.12.2017.

Стоимость планового задания медицинской организации может корректироваться с учетом:

- изменения количества прикрепившихся граждан при условии, что на территории муниципального образования осуществляют деятельность в сфере ОМС не менее двух медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц;

- динамики достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Хабаровском крае.

**2.2.3. 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 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, соответствующей районной группы, рублей. |

Тарифы на оплату посещений с профилактической целью, обращений по заболеванию, посещений в связи с оказанием неотложной медицинской помощи установлены с учетом нормативов объемов и финансовых затрат на единицу объема амбулаторной медицинской помощи установленных Территориальной программой ОМС на 2018 год.

Тарифы на посещение с профилактической целью и обращение по заболеванию в связи с заболеванием в консультативно-диагностических центрах (далее – КДЦ), не имеющих прикрепившихся лиц, установлены с учетом отдельной оплаты в КДЦ по самостоятельным тарифам лабораторных и диагностических услуг.

Тарифы на оплату законченных случаев диспансеризации определенных групп населения и проведение диализа установлены Соглашением в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС с учетом коэффициентов дифференциации.

**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 2018 год в размере 0,300 вызова на 1 застрахованное лицо;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления СМП, установленный Базовой программой ОМС на 2018 год в размере 2 224,6 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 2018 год, человек.

2.3.2. Базовый 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 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 особенности расселения и плотность населения субъекта Российской Федерации;

коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;



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

2.3.5. 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 01.12.2017). |

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года №  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)