

Методика расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Карачаево- Черкесской Республики

Расчеты тарифов на оплату медицинской помощи осуществляются в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными Приказом МЗ и СР РФ от 28.02.11 №158н (далее – Правила ОМС) и Методическими рекомендациями по способам оплаты за счет средств ОМС, направленных совместными письмами Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС (далее – Методические рекомендации по способам оплаты) и Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Требования).

1. Методика расчетов тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

Стоимость одного случая госпитализации (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых базовой программой Госгарантий установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

КД - коэффициент дифференциации– устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта РФ;

КЗ_{КСГ} - коэффициент относительной затратоемкости– устанавливаемый базовой программой Госгарантий коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента(базовой ставке);

КС_{КСГ} - коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

КУС_{МО} - коэффициент уровня медицинской организации– устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости

от уровня медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Ввиду отсутствия различий в оказании медицинской помощи в дневном стационаре в МО разного уровня в условиях дневного стационара коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара на территории КЧР принят за единицу;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

БС - размер базовой ставки определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (ОС);

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

Размер базовой ставки устанавливается тарифным соглашением и рассчитывается по формуле:

$$БС = \frac{ОС - О_{СЛП}}{Ч_{СЛ} \times СПК \times КД}.$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum (КЗ_i \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО}^i \times КД_i \times Ч_{СЛ}^i)}{Ч_{СЛ}}.$$

При расчете базовой ставки в качестве параметра $О_{СЛП}$ Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) может использовать сумму, характеризующую вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи:

$$О_{СЛП} = \sum (БС \times КД^* \times КСЛП_i),$$

где:

$КСЛП_i$ – размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2022 году.

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

На 2023 год размер БС (базовой ставки) в условиях круглосуточного стационара установлен в размере 65% от норматива финансовых затрат на 1

случай госпитализации, а в условиях дневного стационара в размере 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а до ее принятия – постановлением Правительства РФ «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен КЗ, отличный от КЗ по КСГ, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Методическими рекомендациями по способам оплаты;

Средневзвешенный коэффициент затратоемкости (СКЗ) подгрупп должен быть равен коэффициенту относительной затратоемкости, установленному в рекомендациях (с возможностью его коррекции путем применения коэффициента специфики).

СКЗ рассчитывается по формуле:

$$СКЗ = \frac{\sum (КЗ_i \times Ч_{сл}^i)}{\sum Ч_{сл}},$$

где:

К – весовой коэффициент затратоемкости подгруппы *i*;

Ч – количество случаев, пролеченных по подгруппе *i*;

Ч – количество случаев в целом по группе.

Количество случаев по каждой подгруппе планируется в соответствии с количеством случаев за предыдущий год. Правила выделения и применения подгрупп соответствуют Методическими рекомендациями по способам оплаты.

2. Методика расчетов тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

1. Для определения подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях применяется следующий алгоритм.

1.1. Исходя из размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (Фо амб.) по ТП ОМС (без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами КЧР) определяется **месячный базовый (средний) подушевой норматив финансирования (Пнбаз)** медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по следующей формуле:

$$Пн_{баз} = (Фо_{амб} - ОС_{ед.об} - \text{Результативность} / Ч_{прикр.застрах}) / 12, \text{ где:}$$

$$(Ос_{пнф}/Ч_3 * КД) * (1 - Рез)$$

$Ос_{пнф}$ - объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$Ч_3$ - численность застрахованного населения КЧР, человек;

$КД$ - единый коэффициент дифференциации для КЧР, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;

$Рез$ - доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности.

$$Ос_{пнф} = \Phi_{амб} - ОС_{ед.об}$$

$ОС_{ед.об.}$ – объем средств, направляемых на:

- финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- оплату посещений в неотложной форме;

- оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация», диспансерного наблюдения, услуг диализа);

- оплату проведения профилактических медицинских осмотров;

- оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации).

$Ч_{прикр.застр.}$ - численность прикрепленного к медицинской организации застрахованного населения для обслуживания в установленном порядке на основании данных Регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

Для определения месячного размера средств на подушевое финансирование учитывается численность прикрепленного населения к медицинской организации на 01 число отчетного квартала.

СМО и МО по состоянию на 01 число отчетного квартала проводят сверку численности прикрепленного населения к МО в разрезе половозрастных групп населения и подписывают сведения о численности застрахованных лиц.

1.2. Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом предусмотренных Требованиями коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования:

- коэффициенты 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 (далее – $КД_{от}$);

- коэффициенты половозрастного состава (далее – $KD_{пв}$);
- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее – $KD_{ур}$);
- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (далее – $KD_{зп}$).

1.2.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за предыдущий год, и о численности застрахованных лиц за данный период, и устанавливаются в тарифном соглашении.

$KD_{пв}$ зависит от относительных затрат на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (численность застрахованных лиц распределяется на половозрастные группы) за предыдущий год, и от численности застрахованных лиц за данный период.

Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации 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.

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) в субъекте Российской Федерации (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z / M / Ч,$$

где:

Z – затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

M – количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч$ – численность застрахованных лиц

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

$$P_j = Z_j / M / Ч_j,$$

где:

Z_j – затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j -тый половозрастной интервал за расчетный период;

$Ч_j$ – численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации, попадающего в j -тый половозрастной интервал.

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

$$KД_j = P_j / P.$$

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере 1,6.

В случае если МО имеет структуру прикрепленного к ней населения равную структуре населения в целом по КЧР, она имеет значение половозрастного коэффициента дифференциации равное 1.

В случае если структура прикрепленного к МО населения отличается от структуры населения в целом КЧР, то значения половозрастных коэффициентов дифференциации для МО рассчитываются по следующей формуле:

$$KД_{пв}^i = \sum_j (KД_{пв}^j \times Ч_3^j) / Ч_3^i,$$

где:

$KД_{пв}^i$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i -той МО;

$KД_{пв}^j$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j -той половозрастной группы (подгруппы);

$Ч_3^j$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той МО, в j -той половозрастной группе (подгруппе), человек;

$Ч_3^i$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той МО, человек.

Таким образом, увеличение доли прикрепленного к МО 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 МО.

1.2.2. Расчет значений $KД_{от}$

$KД_{от}$ применяется в отношении МО (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц такой МО, с учетом расходов на ее содержание и оплату труда персонала, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

для МО и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, –1,113;

для МО и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – 1,04.

1.2.3. Расчет значений $K_{Дур}$

$K_{Дур}$ применяется в отношении медицинских организаций как показатель дифференциации по расходам, связанным с содержанием медицинских организаций по наличию, либо отсутствию в структуре медицинской организации подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по специальности «Стоматология» и рассчитывается с учетом средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи, по специальности «Стоматология» в иных медицинских организациях муниципальных образований субъекта в расчете на одного жителя: на территории Карачаевского, Зеленчукского, Усть - Джегутинского муниципальных районов и города Черкесска медицинская помощь по специальности «Стоматология» оказывается в медицинских организациях, являющихся самостоятельными юридическими лицами.

В соответствии с п.2.2 Методических рекомендаций «Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации (ОСПНФ), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема.

При расчете дифференцированного подушевого норматива $K_{Дур}$ МО объединяются в группы. Значения $K_{Дур}$ для групп МО рекомендуется рассчитывать с учетом численности прикрепленного населения МО.

1.2.4. Расчет значений $K_{Дзп}$

$K_{Дзп}$ применяется в целях достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации. Основной показатель для расчета данного показателя – среднесписочная численность медицинских работников (представлена медицинскими организациями), прогнозные целевые значения заработной платы врачей и среднего медицинского персонала на 2023 год (установлены Министерством экономики КЧР), прикрепленное население по состоянию на 01.01.2022 года (на основании данных Регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию).

Рассчитывается $KD_{зн}$ как отношение расчетного значения затрат на фонд оплаты труда медицинских работников амбулаторного звена i -той медицинской организации (рассчитанным по целевым значениям заработной платы врачей и среднего медицинского персонала на 2023 год, с учетом среднесписочной численности врачей и среднего медицинского персонала) на одного прикрепленного застрахованного соответствующего населения, к средневзвешенному итоговому значению.

1.2.5. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для МО ($ДП_H^i$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования по следующей формуле:

$$ДП_H^i = ПН_{БАЗ} \times KD_{пв}^i \times KD_{ур}^i \times KD_{зн}^i \times KD_{от}^i$$

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к $ОС_{пнф}$, рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{пнф}}{\sum_i (ДП_H^i \times Ч_3^i)}, \text{ где}$$

$ОС_{пнф}$ – объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования КЧР.

В случае, если при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов используется поправочный коэффициент, отличный от 1, указанный коэффициент в обязательном порядке отражается в тарифном соглашении.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн^i = ДП_H^i \times ПК,$$

где:

$ФДПн^i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той МО, рублей.

В тарифном соглашении указаны фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций в расчете на месяц.

2. Стоимость i -той единицы медицинской помощи (посещения, обращения), оказываемой в амбулаторных условиях по отдельным специальностям определяется по следующей формуле:

$$C_{i \text{ амб}} = BC_{\text{амб}} * k_{\text{стоим } i}, \text{ где:}$$

$BC_{\text{амб}}$ размер средней стоимости единицы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (базовая ставка);
 $k_{\text{стоим } i}$ относительный коэффициент стоимости i -той единицы медицинской помощи (определены в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты).

3. Тарифы на оказание отдельных медицинских услуг рассчитываются в соответствии с Правилами ОМС по следующей формуле:

$$T_i = \sum_j G_j, \text{ где}$$

T_i - тариф на оказание i -той медицинской услуги;

G_j - затраты, определенные для j -той группы затрат на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) на соответствующий финансовый год.

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской услуги и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги.

4. Оплата стоматологической помощи осуществляется за посещение и обращение, кроме стоматологических учреждений, имеющих статус юридического лица, в которых единицей оплаты стоматологической медицинской помощи является условная единица трудоемкости (далее – УЕТ). При этом законченный случай оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость оказанных стоматологических лечебно-диагностических услуг врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения.

Стоматологическая лечебно-диагностическая услуга предъявляется к оплате в случае, если соответствующая медицинская услуга не является составляющей частью оказанной пациенту комплексной медицинской услуги – приема (осмотра, консультации) врача-стоматолога или зубного врача.

Для учета объема стоматологических обращений вводится условное понятие «стоматологическое посещение с лечебной целью». Количество стоматологических обращений равно количеству «стоматологических посещений с лечебной целью», деленному на коэффициент, определенный тарифным соглашением.

Перечень медицинских изделий, необходимый для оказания стоматологической помощи по ОМС определяется тарифным соглашением.

Расчет стоимости 1 УЕТ рассчитывается аналогично расчетам тарифов на оказание отдельных медицинских услуг.

5. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения, по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, установлены в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты.

6. Тарифы на оплату диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных, (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную, или патронатную семью определены аналогично тарифам на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

7. Тарифы на оплату медицинской помощи по проведению медицинских осмотров взрослого населения и прохождению несовершеннолетними медицинских осмотров рассчитываются аналогично расчетам тарифов на оказание отдельных медицинских услуг.

8. При проведении гемодиализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу. При этом в целях учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца учитывается как одно обращение (в среднем 12,5 процедур) и обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников, кроме средств ОМС. Стоимость услуги гемодиализа рассчитывается аналогично расчетам тарифов на оказание отдельных медицинских услуг.

2. Методика расчетов тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Ч_3},$$

где:

$ПН_{БАЗ}$ базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи;

$ОС_{В}$ объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи за вызов, равен 0;

$Ч_3$ численность застрахованных лиц, человек.

Вызов с проведением тромболизиса включается в состав подушевого норматива финансирования.

На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи:

$$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВС}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i$$

где:

$ДПН^i$ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

$КД_{ПВС}^i$ коэффициент половозрастного состава;

$КД_{УР}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер МО) для i-той МО (равен 1);

$КД_{ЗП}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации (при необходимости);

$КД_{ЗП}$ и $КД_{ПВС}$ для скорой медицинской помощи рассчитываются аналогично расчету $КД_{ЗП}$ и $КД_{ПВС}$ для медицинской помощи в амбулаторных условиях.

При расчете каждого коэффициента дифференциации значение, равное 1,

соответствует средневзвешенному уровню расходов, учитываемых для расчета коэффициента.

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:

$$ПК = \frac{Пн_{БАЗ} \times Ч_3}{\sum_i (ДПн^i \times Ч_3^i)},$$

где:

$Ч_3^i$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых i -той медицинской организации, человек.

В случае, если при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов используется поправочный коэффициент, отличный от 1, указанный коэффициент в обязательном порядке отражается в тарифном соглашении.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн^i = ДПн^i \times ПК,$$

где:

$ФДПн^i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

В тарифном соглашении указаны фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций в расчете на месяц.