

МЕТОДИКА

расчета стоимости тарифа подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования устанавливают размер финансовых средств на оплату амбулаторной медицинской помощи, в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся для получения первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) к медицинской организации (далее по тексту - МО), с учетом объективных критериев, обуславливающих различия в затратах на оказание медицинской помощи (половозрастная структура прикрепившегося населения, наличие в структуре и уровень расходов на содержание отдельных структурных подразделений, особенности расселения и плотность населения на территории обслуживания, и т.п.).

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов ТФОМС определяет (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц исходя из среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, по следующей формуле:

$$\text{ПНбаз(апп)} = (\text{ОФ}_{\text{тп(апп)}} - \text{ОСео}) / \text{Чз} / \text{Км}, \text{ где } (1)$$

ПНбаз(апп) – базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, рублей;

ОФ_{тп(апп)} - объем финансовых средств, предусмотренных Программой ОМС на оплату амбулаторной медицинской помощи на планируемый период;

ОСео – объем средств, предназначенных для оплаты амбулаторной медицинской помощи по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется за единицу объема (за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай);

Чз - численность застрахованного населения ХМАО-Югры;

Км – количество месяцев в планируемом периоде.

При расчете базового подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи не учитываются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки, проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на стоматологическую медицинскую помощь;

- расходы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам ХМАО - Югры за пределами территории страхования;

- расходы на единицу объема медицинской помощи, оказанной неприкрепленному населению, согласно тарифу;

- расходы на оплату неотложной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам ХМАО – Югры.

Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливается Тарифным соглашением.

Дифференцированные подушевые нормативы определяются для МО путем применения к базовому подушевому нормативу интегрированного коэффициента дифференциации, рассчитываемого ТФОМС Югры по группам медицинских организаций:

$$\text{ДПНапп}^i = \text{ПНбаз}(\text{апп}) * \text{СКДинт}^i, \text{ где } (2)$$

ДПНаппⁱ - дифференцированный подушевой норматив для i-той группы МО;

СКДинтⁱ - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для i-той группы МО.

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации определяется для группы МО, исходя из значений, рассчитанных по каждой МО.

Интегрированный коэффициент по МО рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{КДинт} = \text{КДпв} * \text{КДпн} * \text{КДси} * \text{КДзп}, \text{ где } (3)$$

КДпв – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для застрахованных лиц, прикрепившихся к данной МО, рассчитывается ТФОМС по формуле:

$$\text{КДпв} = (\text{Кпвзо} \times \text{Ч}_1 + \text{Кпвзо} \times \text{Ч}_2 + \dots + \text{Кпвзо} \times \text{Ч}_n) / \text{Чсмо}, \text{ где } (4)$$

Ч₁, Ч₂, ... Ч_n – численность застрахованных прикрепившихся лиц по каждой половозрастной группе,

Чсмо – общая численность застрахованных лиц, прикрепившихся к данной МО;

Кпвзо – относительный коэффициент половозрастных затрат при оказании амбулаторной медицинской помощи, рассчитывается ТФОМС Югры по каждой половозрастной группе как отношение суммы, предъявленной на оплату за медицинскую помощь, оказанную застрахованным в ХМАО-Югре в предшествующем периоде (по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу), в расчете на 1 застрахованное лицо, к средней величине затрат на оплату амбулаторной медицинской помощи на 1 застрахованное в ХМАО-Югре лицо, без учета пола и возраста. Численность застрахованных лиц учитывается как средняя величина за предшествующий период. Относительные коэффициенты половозрастных затрат утверждаются Тарифным соглашением один раз в год.

КДпн - коэффициент дифференциации, учитывает особенности расселения прикрепленного населения.

При определении коэффициента учитывается площадь муниципального образования, на котором МО оказывается ПМСП в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к данной МО. Полученные удельные показатели ранжируются от минимального до максимального значения с последующим объединением МО в однородные группы и расчетом коэффициентов дифференциации для каждой группы МО в соответствии с подходами, установленными Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (далее – Инструкция), являющейся приложением к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2018 год (далее – Методические рекомендации).

КДси – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций.

Расчет коэффициента выполнен на основании данных отчетной формы 14-Ф (ОМС) за предыдущий отчетный период (год).

В составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации

в целом, выделяются следующие группы затрат:

- затраты на коммунальные услуги;
- затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенным медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (далее - затраты на содержание недвижимого имущества);
- затраты на содержание объектов движимого имущества;
- затраты на приобретение услуг связи;
- затраты на приобретение транспортных услуг;
- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственно участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги));
- прочие затраты на общехозяйственные нужды.

Расходы на содержание медицинских организаций рассчитываются на одно застрахованное лицо, прикрепившееся для получения первичной медико-санитарной помощи к МО. Полученные удельные показатели ранжируются от минимального до максимального значения с последующим объединением МО в однородные группы и расчетом коэффициентов дифференциации для каждой группы МО в соответствии с Инструкцией.

КДзп – коэффициент дифференциации учитывает достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой».

При расчете коэффициента учитываются фактические достижения МО уровня целевого показателя заработной платы установленного «дорожной картой» по врачам, среднему медицинскому персоналу и младшему медицинскому персоналу. На основании достигнутого уровня выполнения целевого показателя заработной платы, рассчитывается коэффициент дифференциации по каждой МО.

Коэффициенты, применяемые для дифференциации подушевого норматива финансирования, определяются по мере необходимости (но не чаще одного раза в квартал) на основании данных реестров медицинских услуг, отчетов МО за период, предшествующий расчетному.

Исходя из полученных значений интегрированного коэффициента дифференциации, МО объединяются в однородные группы. По каждой группе рассчитывается средневзвешенное значение (**СКДинт_г**), применяемое для определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования МО.

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:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПН^i \times \chi_3^i)}{ПН_{БАЗ} \times \chi_3}, \text{ где}$$

χ_3^i – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

Фактический базовый дифференцированный подушевой норматив для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций (**ФДПН**) рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}, \text{ где:}$$

ФДПнⁱ – фактический базовый дифференцированный подушевой норматив финансирования для *i*-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на начало соответствующего года и может корректироваться на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц.

2. Порядок применения дифференцированных подушевых нормативов для расчета финансирования медицинских организаций.

Месячный предельный объем финансирования МО по дифференцированному подушевому нормативу рассчитывается ТФОМС в разрезе МО по формуле:

$$\Phi\text{Опред}(\text{мо}) = \Phi\text{ДН}i * \text{Чмо}(\text{мо}i), \text{ где } (5)$$

$\Phi\text{Опред}(\text{мо})$ – расчетный предельный месячный объем финансирования МО по дифференцированному подушевому нормативу, рассчитывается и утверждается комиссией по разработке ТП ОМС.

Чмо – численность застрахованных лиц, прикрепленных к МО на первое число месяца следующего за расчетным по данным «Актa свeрки численности застрахованных лиц, прикрепленных по медицинским организациям для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках территориальной программы ОМС ХМАО-Югры» в разрезе СМО.

Учет финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (посещения с профилактической целью, обращения по заболеванию, неотложная помощь) осуществляется путем процентного соотношения предельного финансирования по медицинским организациям к объему финансового обеспечения по единицам учета указанной медицинской помощи, установленному комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в разрезе страховых медицинских организаций.

3. Порядок применения коэффициента субъекта (Кксуб).

Основной целью применения Кксуб (корректирующего коэффициента субъекта) является определение финансовых рисков для амбулаторной медицинской помощи при выработке механизмов оплаты в целях их минимизации в допустимом диапазоне +/- 5%.

В основе расчета Кксуб принимается сравнение объемов финансового обеспечения, которое получили МО по факту финансирования за исследуемый период времени с плановым финансовым обеспечением амбулаторной помощи. Кксуб применяется в случае, если разница отклонения выходит за пределы допустимого диапазона рисков +/-5%.

В целях исключения применения индивидуальных коэффициентов Кксуб, полученные коэффициенты по МО ранжируются от максимального до минимального значения, объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента Кксуб_i для каждой группы МО.

Коэффициент (Кксуб) применяется к доле средств, получаемых из бюджета автономного округа на оплату амбулаторной медицинской помощи при расчете подушевого финансирования на прикрепившихся лиц.

Расчет Кксуб производится за счет средств межбюджетного трансферта, получаемого из бюджета автономного округа на дополнительное финансовое обеспечение реализации ТП ОМС в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Таким образом, средства субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету ТФОМС Югры в рамках базовой программы ОМС рассчитанные на основании

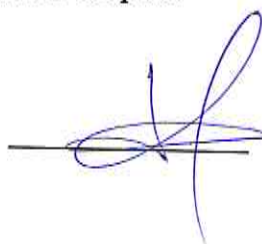
среднедушевого норматива финансирования, в части оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, доводятся до МО в соответствии с Методическими рекомендациями. Коэффициент Кклуб применяется к фактическому базовому дифференцированному подушевому нормативу финансирования МО, рассчитанному в соответствии с Методическими рекомендациями. В случае если разница отклонений находится в пределах допустимого диапазона рисков +/- 5% Кклуб принимается равным 1.

$$\text{ФДН}_{\text{и}} = \text{ДП}_{\text{и}} / \text{ПК} * \text{Кклуб}, \text{ где:}$$

$\text{ФДН}_{\text{и}}$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

Подписи сторон:

Директор
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



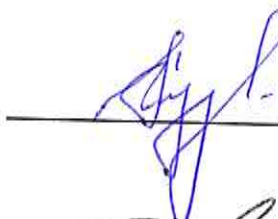
А.А. Добровольский

Директор
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



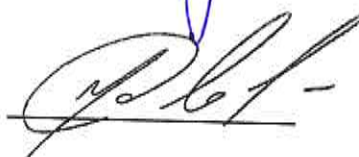
А.П. Фучежи

Директор
филиала ООО «Капитал МС»
в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре



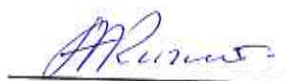
И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



М.А. Соловей

Президент НП «Ассоциация работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры»



А.В. Кичигин

Председатель
окружной организации профсоюза
работников здравоохранения РФ



О.Г. Меньшикова