



Алгоритм расчета СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

1.1. Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ}}{Ч_3 \times КД} \right) \times (1 - Рез), \quad (1.1)$$

где:

$ПН_{БАЗ}$ базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

$ОС_{ПНФ}$ объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$Рез$ доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (1%);

$КД$ единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

1.2. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования ($ДПН^i$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по формуле:

$$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{пв}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{от}^i, \quad (1.2)$$

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

$КД_{пв}^i$ - коэффициент, учитывающий половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, включая оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, для i -той медицинской организации;

$КД_{от}^i$ - 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 для i -той медицинской организации;

$КД_{ур}$ - коэффициент уровня расходов i -той медицинской организации (при расчете дифференцированного подушевого норматива $КД_{ур}$ медицинские организации

объединяются в группы, а при расчете дифференцированного подушевого норматива используются значения КД_ур для соответствующей группы медицинских организаций.)

1.3. Поправочный коэффициент применяется для математического соответствия начисленной суммы подушевого норматива по всем медицинским организациям, сумме средств, сформированных на оплату амбулаторной помощи

$$ПК = \frac{ОС_{ПНФ} \times (1 - Рез)}{\sum_i (ДПН^i \times Чз^i)} \quad (1.3)$$

1.4. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = ДПН^i \times ПК \quad (1.4)$$

ФДПНⁱ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей.

1.5. Объем средств для финансирования подушевого норматива рассчитывается ежемесячно территориальным фондом ОМС для медицинской организации по следующей формуле:

$$Сапу^i = ФДПН^i * Чз^i \quad (1.5)$$

где:

ФДПНⁱ— фактический дифференцированный подушевой норматив на одно застрахованное лицо согласно Тарифному соглашению для медицинской организации;

Чзⁱ – численность прикрепленного населения (среднее значение между численностью на конец и на начало расчетного месяца) в i-той медицинской организации;

1.6. Сумма финансирования для поликлиники ежемесячно рассчитывается по следующей формуле:

$$С^i = Сапу^i + ОСфап^i + ОСому^i + Взн^i - Взп^i, \quad (1.6)$$

где:

Сапуⁱ - базовая часть подушевого норматива;

ОСфапⁱ – объем средств на финансирование ФЗ/ФАПов;

ОСом^і - фактическая стоимость оказанной медицинской помощи, финансируемой дополнительно к подушевому нормативу (произведение фактических объемов на тариф)

Взн^і - стоимость услуг, посещений, оказанных неприкрепленным к і-той поликлинике гражданам;

Взн^і – стоимость внешних услуг, посещений, оказанных прикрепленным гражданам вне поликлиники прикрепления;

і – МО, работающие в системе ОМС Кемеровской области - Кузбасса.

1.7. Оплата ОМУ, медицинской услуги «иммунопрофилактика иммуноглобулином против клещевого энцефалита», оказанных инообластным гражданам, осуществляется по факту оказания по утвержденным тарифам.

2. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

2.1. Размер базовой ставки рассчитывается по формуле:

$$БС = (ОС - О_{слп}) / (Ч_{сл} \times СПК \times КД), \text{ где} \quad (2.1)$$

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

Чсл - общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ;

КД – коэффициент дифференциации 1,21.

СПК - средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ.

$$СПК = \sum (КЗ_i \times КС_{КСГ} * КУСмо \times КД \times Ч_{сл}^i) / Ч_{сл}, \text{ где} \quad (2.2)$$

КЗ_i – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный пролеченный случай, установленный на федеральном уровне;

КС_{КСГ} - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай (используется в расчетах, в случае если для данной клинико-статистической группы определен указанный коэффициент);

КУСмо - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

Чсл - общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ;

КД – коэффициент дифференциации 1,21.

При расчете базовой ставки в качестве параметра $O_{слп}$ может использоваться сумма, характеризующую вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи:

$$O_{слп} = \sum (БС \times КД * \times КСЛП_i), \quad (2.3.)$$

где:

КСЛП_i – размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2024 году.

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

2.2. Стоимость одного пролеченного случая в стационаре и дневном стационаре (Ссл) по системе клинико-статистических групп определяется по следующей формуле (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен п.2.4 настоящего алгоритма):

$$CC_{КСГ} = BC \times KD \times KZ_{КСГ} \times KC_{КСГ} \times КУС_{МО} + BC \times KD^* \times КСЛП \quad (2.4)$$

где:

BC базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи или медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара;

$KZ_{КСГ}$ коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный пролеченный случай, установленный на федеральном уровне;

$KC_{КСГ}$ коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$KУС_{МО}$ коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации 1,21

КСЛП коэффициент сложности лечения пациентов (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (используется, если установлен для данного случая Тарифным соглашением)

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

2.3. Размер финансового обеспечения n-ной медицинской организации (ФOn) по системе клинико-статистических групп рассчитывается как сумма стоимости всех случаев пролеченных граждан:

$$FO_n = \sum_j C_{сл_j}, \quad (2.5)$$

где:

Сслj - стоимость одного пролеченного случая;

j –случаи лечения.

2.4. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ}} = \text{БС} \times \text{КЗКСГ} \times ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{КС} \times \text{КУС} \times \text{КД}) + \text{БС} \times \text{КД}^* \times \text{КСЛП},$$

где

(2.6)

- БС - базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи или медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;
- КЗКСГ - коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
- Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД);
- КС - коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- КУС - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КСЛП - коэффициент сложности лечения пациентов (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (используется, если установлен для данного случая Тарифным соглашением);
- КД - коэффициент дифференциации 1,21;

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

2.5. Оплата расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве производится в соответствии со статьей 32 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ (не оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования). Случаи тяжелого производственного травматизма, приведшие к госпитализации (более 60 дней), и/или применению дорогостоящих металлоконструкций (стоимость металлоконструкции превышает стоимость случая лечения по КСГ), оплачиваются в объеме фактических затрат. Длительные госпитализации оплачиваются с учетом фактической длительности госпитализации - нормативная стоимость 1 койко-дня по КСГ умножается на фактическую длительность. Дорогостоящие металлоконструкции оплачиваются исходя из их фактической стоимости.

3. ОПЛАТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1 Объем средств для финансирования ССМП на месяц рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{см}n} = \text{ДПН}_d * \text{Чон}_n * \text{ПК} + \sum_i O_i * T_i \pm \text{Вз}, \quad (3.1)$$

где:

ДПН_d – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи;

Чон_n – численность застрахованного населения, обслуживаемого n-ной ССМП, определяется ежемесячно как среднее значение между численностью на конец и на начало расчетного месяца по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц;

ПК – поправочный коэффициент, определяемый по формуле 3.4;

O_i – фактические объемы, оказанной медицинской помощи, финансируемой дополнительно к подушевому нормативу;

T_i – тариф за единицу объема медицинской помощи, финансируемой дополнительно к подушевому нормативу;

i – направления, финансируемые дополнительно за выполненные объемы;

Вз – взаиморасчеты с другими медицинскими организациями за оказание скорой медицинской помощи.

3.2 Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

$$\text{ДПН}_i = \text{ПН}_{\text{баз}} * \text{КД}_{\text{пв}}^i * \text{КД}_{\text{ур}}^i * \text{КД}_{\text{зп}}^i, \quad (3.2)$$

ДПН_i – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

КД_{пв} – коэффициент половозрастного состава, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КД_{ур}ⁱ – коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации;

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

3.3 Для обеспечения математического соответствия сумм, начисленных ССМП области, сумме средств, сформированных на оплату скорой помощи по подушевому нормативу, используется поправочный коэффициент, рассчитанный по формуле:

$$ПК = \frac{ПН_{БАЗ} \times Ч_3}{\sum_i (ДП_{н^i} \times Ч_3^i)}, \quad (3.3)$$

где:

ПН_{БАЗ} – базовый норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо;

Ч₃ ^{i} – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек;

ДП_{н ^{i}} – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации;

i – ССМП, работающие в системе ОМС Кемеровской области - Кузбасса.

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

$$ФДП_{н^i} = ДП_{н^i} \times ПК, \text{ где:} \quad (3.4.)$$

ДП_{н ^{i}} – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации,

ПК - поправочный коэффициент для обеспечения математического соответствия сумм, начисленных ССМП области, сумме средств, сформированных на оплату скорой помощи по подушевому нормативу.

3.5 Исполнение объемов по тромболизису оценивается в целом по медицинской организации в пределах годовых объемов.

4. ОПЛАТА ПО ПОЛНОМУ ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Объем средств для финансирования базовой части полного подушевого норматива рассчитывается ежемесячно территориальным фондом ОМС для медицинской организации по следующей формуле:

$$\text{Сппн}^i = \text{ДППН}^i * \text{Чпр}^i * \text{ПК} \quad (4.1)$$

где:

ДППНⁱ – дифференцированный полный подушевой норматив на одно застрахованное лицо согласно Тарифному соглашению для медицинской организации;

Чпрⁱ – численность прикрепленного населения (среднее значение между численностью на конец и на начало расчетного месяца) в n-ной медицинской организации;

ПК – поправочный коэффициент, определяемый по формуле (4.2).

Поправочный коэффициент применяется для математического соответствия начисленной суммы полного подушевого норматива по всем медицинским организациям, сумме средств, сформированных на оплату по полному подушевому нормативу:

$$\text{ПК} = \frac{\text{ППН}_{\text{баз}} * \sum_n \text{Чпр}_n}{\sum_n (\text{ППН}_d * \text{Чпр}_n)} \quad (4.2)$$

где:

ППН_{баз} – базовый норматив финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи;

ППН_d – полный подушевой норматив на одно застрахованное лицо согласно Тарифному соглашению для медицинской организации;

Чпр_n – численность прикрепленного населения;

n – медицинские организации Кемеровской области - Кузбасса, финансируемые по полному подушевому нормативу.

4.2. Сумма финансирования для медицинской организации ежемесячно рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Сп}^i = \text{Сппн}^i + \text{ОСфап}^i + \text{ОСому}^i + \text{Взн}^i - \text{Взп}^i, \quad (4.3)$$

где:

Сппнⁱ - базовая часть полного подушевого норматива;

ОСфапⁱ – объем средств на финансирование ФЗ/ФАПов;

ОСому^і - фактическая стоимость оказанной медицинской помощи, финансируемой дополнительно к подушевому нормативу (произведение фактических объемов на тариф)

Взн^і - стоимость услуг, посещений, оказанных неприкрепленным к данной медицинской организации гражданам;

Взп^і – стоимость внешних услуг, посещений, оказанных прикрепленным гражданам вне медицинской организации;

і – медицинские организации Кемеровской области - Кузбасса, финансируемые по полному подушевому нормативу.

5. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВЗАИМОРАСЧЕТОВ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

5.1. Межучрежденческие расчеты за оказанную медицинскую помощь осуществляются между медицинскими организациями в целях обеспечения доступности оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС с соблюдением маршрутизации пациентов, устанавливаемой приказами Минздрава Кузбасса, и утвержденных порядков оказания медицинской помощи.

5.2. При осуществлении взаиморасчетов через СМО их учет производится в рамках централизованного расчета стоимости медицинской помощи. Для этой цели формат передачи данных реестров счетов должен соответствовать утвержденному для проведения централизованного расчета. Оплата и взаиморасчеты за проведенные услуги осуществляются с соблюдением маршрутизации пациентов, устанавливаемой приказами Минздрава Кузбасса, и учитывают установленные порядки выдачи направлений застрахованным гражданам в другие медицинские организации.

Реестр счетов по медицинской организации включает все выполненные объемы медицинской помощи. В сводном счете медицинской организации отдельно указывается сумма средств, подлежащая перечислению другим медицинским организациям за выполненные медицинские услуги.

5.3. При формировании взаиморасчетов учитывается следующий порядок возмещения средств в пользу медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь:

5.3.1 Из дохода медицинской организации, направившей пациента:

– медицинские услуги, выполненные по направлению амбулаторного подразделения данной медицинской организации (за исключением услуг, перечисленных в п.5.3.2 и в п.2.5 Тарифного соглашения, диализа);

- медицинские услуги, оказанные по направлению врача стационара, проводящего лечение.

5.3.2 Из дохода медицинской организации, прикрепившей пациента (в том числе при отсутствии направления):

- медицинская услуга «иммунопрофилактика иммуноглобулином против клещевого энцефалита»;

- медицинская услуга «определение РНК/ДНК возбудителей инфекций, передаваемых иксодовыми клещами в крови методом ПЦР»;

- посещения, обращения в пределах утвержденного показателя стоимости медицинской помощи;

- медицинские услуги (обследования, определенные законодательными актами субъекта РФ, санитарно-эпидемиологическими правилами), оказанные одному из родителей

ребенка (законному представителю), при совместном нахождении с ребенком в стационарных условиях по экстренным показаниям до достижения ребенком возраста четырех лет, с ребенком старше данного возраста – при наличии медицинских показаний по заключению лечащего врача;

- медицинские услуги, выполненные по направлению женской консультации (только для пациентов не достигших 18 лет).

5.3.3 Из дохода медицинской организации на территории обслуживания СМП:

– вызовы, оказанные обслуживаемому населению другими ССМП области.



6. КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ПЛАНОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМОВ И СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

6.1. Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах, установленных решением Комиссии:

- 1) объемов и стоимости медицинской помощи;
- 2) стоимости медицинской помощи.

6.2. Оценка исполнения плана выполняется по перечню показателей:

1. Случаи лечения в стационарных условиях.
2. Высокотехнологичная медицинская помощь.
3. Случаи лечения в условиях дневного стационара.
4. УЕТ (без распределения по целям).
5. Неотложная помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в том числе в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации.
6. Профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.
7. Диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях.
8. Посещения и обращения по КВД.
9. Внешние медицинские услуги (посещения, обращения).
10. Процедуры диализа (без распределения по видам и условиям оказания).
11. Сцинтиграфия.
12. Компьютерная томография.
13. Магнитно-резонансная томография.
14. Позитронная эмиссионная томография костей, совмещенная с компьютерной томографией всего тела.
15. Ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы.
16. Эндоскопические диагностические исследования.
17. Молекулярно-генетические исследования.
18. Патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала.
19. Расшифровка, описание и интерпретация данных ЭКГ с применением телемедицинских технологий.

20. Тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

21. Медицинская помощь по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях.

6.3. Контроль исполнения плана ежемесячно в пределах **плановой стоимости на квартал** осуществляется для показателей:

- процедуры диализа (без распределения по видам и условиям оказания);
- сцинтиграфии;
- компьютерной томографии;
- магнитно - резонансной томографии;
- позитронной эмиссионной томографии костей, совмещенной с компьютерной томографией всего тела;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы;
- эндоскопических диагностических исследований;
- молекулярно-генетических исследований;
- патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;
- расшифровки, описания и интерпретации данных ЭКГ с применением телемедицинских технологий;
- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- внешних медицинских услуг (посещения, обращения).

Контроль исполнения плана ежемесячно в пределах **плановой стоимости на год** осуществляется для показателей:

- высокотехнологичной медицинской помощи;
- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;
- медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях.

Контроль исполнения плана ежемесячно в пределах **плановых объемов и стоимости на квартал** осуществляется для показателей:

- случаев лечения в стационарных условиях;
- случаев лечения в условиях дневного стационара;
- УЕТ (без распределения по целям).;

- неотложной помощи, оказанная в амбулаторных условиях, в том числе в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации;

- посещений и обращений по КВД.

6.4. Расчет плановых показателей осуществляется нарастающим итогом с учетом фактического исполнения за предыдущие периоды года. Фактическое значение показателя формируется с учетом результатов медико-экономического контроля.

Плановая стоимость дерматологической помощи кожно-венерологического диспансера делится на плановые стоимости по посещениям и обращениям по доле в соответствии с годовым планом.

6.5. Квартальный план рассчитывается как $1/4$ часть от утвержденного годового значения, умноженная на число прошедших кварталов года, включая отчетный, за минусом фактического значения показателя за истекшие кварталы года.

Ежемесячный план устанавливается в размере рассчитанного квартального значения за минусом фактического значения показателя за истекший период отчетного квартала.

План на декабрь устанавливается как утвержденное годовое значение за минусом фактического значения показателя за 11 месяцев года.

При расчете значения объема медицинской помощи осуществляется округление до целого числа.

6.6. В случае превышения плановых объемов и/или стоимости, установленных для медицинской организации на отчетный период, отклоняются от оплаты случаи, последние по времени оказания. Допускается превышение принятой к оплате суммы над плановым значением не более 50% от стоимости случая последнего по дате начала лечения.