

МЕТОДИКА

расчета подушевого норматива 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 базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в месяц, 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 по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу;

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.

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:

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

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:

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

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

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

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

Ч_{смо} – 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 2017 год (далее – Методические рекомендации).

КДси – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества учитывает объективную разницу в расходах на содержание имущества МО.

Для расчета коэффициента определяется средний размер затрат на содержание имущества. В расчете учитываются данные по статьям затрат:

- КОСГУ 223 (Коммунальные расходы);
- КОСГУ 224 (Арендная плата за пользование имуществом) в части расходов за аренду имуществом;
- КОСГУ 225 (Работы, услуги по содержанию имущества);
- КОСГУ 290 (Прочие расходы).

Расходы на содержание имущества 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.

КДсп - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений.

Основным показателем, применяемым при расчете расходов на содержание терапевтических кабинетов в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, принимается количество обслуживаемых терапевтических кабинетов каждой МО на 10 000 прикрепленного населения. Полученные значения 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.

КДсуб – коэффициент дифференциации учитывает разницу районного коэффициента к заработной плате и процентную надбавку за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях в северных территориях автономного округа. К ним относятся медицинские организации, расположенные на территориях Березовского и Белоярского районов.

На территории Березовского и Белоярского районов районный коэффициент, применяемый при начислении заработной платы, составляет 1,9, северная надбавка 80%, в то время как на остальной территории автономного округа действует районный коэффициент 1,7 и северная надбавка 50%. Таким образом, значение коэффициента дифференциации для МО расположенных на вышеуказанных территориях составляет 1,2.

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_i**), 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:

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

$Ч_3^i$ – 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:

$$\text{ФДПн}^i = \frac{\text{ДПн}^i}{\text{ПК}}, \text{ где:}$$

ФДПн^i – 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:

$$\text{ФОпред(мо)} = \text{ФДНн}^i * \text{Чмо(мо}^i), \text{ где (5)}$$

ФОпред(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 расчетного месяца по данным «Актaв сверки численности лиц, застрахованных в СМО, прикрепленных к участкам МО для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках Территориальной программы ОМС ХМАО-Югры (далее Актaв сверки между МО и СМО).

3. Порядок применения коэффициента субъекта (Кксуб).

Основной целью применения Кксуб (корректирующего коэффициента субъекта) является определение финансовых рисков для амбулаторной помощи при переходе на федеральную модель оплаты и выработка механизмов по их минимизации на переходный период 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 при переходе на федеральную систему оплаты 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^и 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, данная доля в общем финансовом обеспечении ТП ОМС - составляет 30%. Таким образом, средства

субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету ТФОМС Югры в рамках базовой программы ОМС рассчитанные на основании среднелучшевого 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.

ФДН_и = ДП_и / ПК * Кклуб, где:

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

Подписи сторон:

Председатель комиссии,
Директор Департамента
здравоохранения ХМАО-Югры

А.А. Добровольский

Секретарь комиссии,
директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования ХМАО-Югры

А.П. Фучежи

Член комиссии,
заместитель директора
департамента здравоохранения
ХМАО-Югры

В.А. Нигматулин

Член комиссии,
первый заместитель директора
Территориального фонда обязательного
медицинского страхования ХМАО-Югры

В.А. Смирнов

Член комиссии,
директор Югорского филиала
акционерного общества
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

А.А. Данилов

Член комиссии,
генеральный директор
ОАО «СМК «Югория-Мед»

М.А. Соловей

Член комиссии,
президент НП «Ассоциация работников
здравоохранения ХМАО-Югры»

А.В. Кичигин

Член комиссии,
член НП «Ассоциация работников
здравоохранения ХМАО-Югры»

П.Г. Овечкин

Член комиссии,
председатель окружной организации
профсоюза работников
здравоохранения РФ



О.Г. Меньшикова

Член комиссии,
председатель Сургутской территориальной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



А.А. Суровов