

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ **в системе обязательного медицинского страхования Калининградской** **области на 2019 год**

г. Калининград

27 декабря 2018 года

Настоящее соглашение заключено между органом исполнительной власти Калининградской области, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и профессиональными союзами медицинских работников (далее - Тарифное соглашение), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Тарифная комиссия) и в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2018 года №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Законом Калининградской области от 04 декабря 2018 года № 230 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов», постановлением Правительства Калининградской области от 29 декабря 2018 года № 805 «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения участников системы ОМС Калининградской области, возникающие при установлении способов оплаты медицинской помощи и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС, формировании тарифов, на медицинскую помощь и медицинские услуги в системе ОМС, подушевые нормативы в соответствии с приложениями к настоящему Соглашению.

Тарифы, установленные настоящим Тарифным соглашением, применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Калининградской области лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам и условиям медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

I. Общие положения

1. Перечень основных понятий и терминов, используемых в

Тарифном соглашении

Страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

Полис медицинского страхования (далее – полис) – документ единого образца, установленный законодательством, подтверждающий факт медицинского страхования в системе ОМС.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Случай оказания медицинской помощи – медицинская услуга или медицинские услуги, оказанные лицам, застрахованным по ОМС, в связи с наступлением страхового случая в пределах одного вида условий оказания медицинской помощи (амбулаторно, стационарно, в условиях дневного стационара всех типов, вне медицинской организации).

Единица объема медицинской помощи – отдельная медицинская услуга (включая услуги диализа) в соответствии с перечнем, утвержденным законодательством (при всех условиях оказания медицинской помощи); посещение, обращение (при оказании амбулаторной медицинской помощи), случай госпитализации (при оказании стационарной медицинской помощи), случай лечения заболевания (при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара).

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Объемы медицинской помощи – объемы предоставления медицинской помощи жителям Калининградской области на ее территории и за её пределами, установленные территориальной программой ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее тарифы) – сумма возмещения расходов медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС на единицу объема медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы (далее – Комиссия), по тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с порядком, установленным настоящим Соглашением.

II. Способы оплаты медицинской помощи

1. Общие положения при оплате медицинской помощи

1.1. Способы оплаты медицинской помощи в Калининградской области, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в разрезе базовой и сверхбазовой Программы ОМС:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

1.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи должны определяться дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую

помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Отнесение медицинской организации к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется в случае распределения Комиссией по разработке территориальной программы ОМС объемов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

1.3. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи проводится дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, устанавливаемых в соответствии с пунктом 2 настоящего раздела, по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи, количества фельдшерско-акушерских пунктов, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в Калининградской области.

1.4. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы (далее - половозрастные группы):

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет и старше мужчины;
- пятьдесят пять лет и старше женщины.

1.5. Установленные настоящим Тарифным соглашением способы оплаты медицинской помощи являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

1.6. Формирование медицинскими организациями счетов на оплату за оказанную медицинскую помощь осуществляется с указанием полиса, действующего на момент завершения оказания медицинской помощи.

1.7. Формирование медицинскими организациями счетов на оплату за медицинскую помощь, оказанную новорожденным в период со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, осуществляется с указанием полиса матери (законного представителя).

2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.1. Перечень основных понятий и терминов, используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях в рамках базовой и сверхбазовой Программы ОМС, в том числе при оказании стоматологической помощи – обращение по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений, в том числе первичных и повторных по поводу одного заболевания. Обращением (законченным страховым случаем оказания медицинской помощи по поводу заболевания) в амбулаторных условиях является объем выполненных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает исход в виде выздоровления, улучшения, направления пациента на лечение в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Обращением является оказание помощи:

- при остром заболевании от момента обращения пациента до момента окончания эпизода оказания медицинской помощи (выздоровление и др.);
- при обострении хронического заболевания (от момента обращения пациента по поводу обострения заболевания до периода достижения ремиссии, улучшения состояния, направления пациента в дневной или круглосуточный стационар);
- при осложнениях беременности, заболеваниях, осложнивших беременность, от момента выявления осложнения беременности, острого заболевания (обострения хронического заболевания), осложнившего беременность до момента выздоровления, достижения ремиссии, улучшения состояния, направления пациентки в дневной или круглосуточный стационар;
- при проведении диспансерного наблюдения пациента в течение месяца.

Результат обращения отмечается в соответствующих позициях учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (утв. Приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н).

Посещения с профилактическими и иными целями в рамках базовой и сверхбазовой Программы ОМС:

- разовые посещения в связи с заболеванием;

- разовые посещения в связи с оказанием неотложной помощи в соответствующем структурном подразделении медицинской организации или вне медицинской организации. Посещения, связанные с оказанием неотложной помощи - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и иных состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы для жизни пациента, которая включает проведение лечебных мероприятий;

- разовое посещение в связи с диспансерным наблюдением;

посещения с профилактическими целями, в том числе:

- профилактические медицинские осмотры взрослого населения;

- профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних;

- диспансеризация определенных групп взрослого населения;

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

- случаи комплексного обследования в центрах здоровья;

- случаи динамического наблюдения в центрах здоровья;

- разовые посещения, связанные с оказанием паллиативной помощи;

- патронаж;

- разовые посещения в связи с другими обстоятельствами (получение справок по поводу случаев оказания медицинской помощи, включенных в Программу ОМС и др.).

Условная единица трудоемкости (далее – УЕТ) при оказании амбулаторной стоматологической помощи – норматив времени, используемый для учета объема выполненных стоматологических услуг и равный по временным затратам длительности лечения среднего кариеса (I класс по Блеку).

Медицинские организации – фондодержатели (далее – фондодержатели) – медицинские организации (учреждения, структурные подразделения медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, имеющие прикрепленное население, финансирование которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу.

Прикрепленное население – лица, прошедшие процедуру прикрепления к медицинской организации, оказывающей первичную медико–санитарную помощь, в соответствии с законодательством и получающие медицинскую помощь в медицинской организации на постоянной основе.

Межучрежденческие взаиморасчеты (взаиморасчеты между медицинскими организациями) – удержание стоимости медицинской помощи, оказанной населению в других медицинских организациях, из общего объема подушевого финансирования медицинских организаций-фондодержателей.

2.2. Перечень медицинских организаций – фондодержателей, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (далее - подушевой норматив) (Приложение № 2.1.1).

2.3. Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (Приложение № 2.1.2).

2.4. Основные подходы к оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, Программой установлены следующие способы оплаты:

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

2.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.5.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию всех видов, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- стоматологическую медицинскую помощь;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.5.2. Финансирование амбулаторной медицинской помощи за счет сверхбазовой Программы ОМС включает оплату следующих видов медицинской помощи:

1) первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе, связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ);

2) паллиативной медицинской помощи, включая выездные формы оказания медицинской помощи

3) профилактической работы ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области» (подушевой норматив финансирования);

4) медико-генетических исследований, не включенные в базовую Программу ОМС в ГАУ Калининградской области «Региональный перинатальный центр»;

5) обследований беременных женщин на инфекции, передаваемые половым путем, в объеме, определенном приказом Управления здравоохранением Администрации Калининградской области от 15.12.2002 года № 320;

6) ортодонтической стоматологической медицинской помощи детскому населению в медицинских организациях государственной формы собственности (за исключением лечения с использованием несъемных ортодонтических конструкций);

7) углубленных медицинских обследований лиц, занимающихся спортом, на различных этапах спортивной подготовки, регламентированных законодательством, в ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области».

2.5.3. При определении общего объема финансирования медицинских организаций – фондодержателей по подушевому нормативу осуществляется его уменьшение на размер стоимости межучрежденческих взаиморасчетов и сумм, не подлежащих оплате по результатам проведения вневедомственного экспертного контроля медицинской помощи и реестров.

2.5.4. Оплата всех видов амбулаторной медицинской помощи в медицинских организациях (отделениях медицинских организаций) любой формы собственности включает в себя регламентированную законодательством оплату мобильных бригад, выездных форм деятельности, проведение консультаций с использованием телемедицинских технологий и дистанционного мониторинга

основных параметров жизнедеятельности у лиц, состоящих на диспансерном наблюдении.

Оплата медицинских услуг по дистанционной интерпретации электрокардиограмм (комплекс «ТРЕДЕКС») с консультацией специалистов-кардиологов производится в размере тарифа стоимости консультативного приема врача – кардиолога.

2.5.5. Оплата амбулаторной медицинской помощи в медицинских организациях (отделениях медицинских организаций) любой формы собственности, не имеющих прикрепленного населения, осуществляется на основании реестров счетов по факту оказания медицинской помощи при наличии направления в пределах выделенного объема медицинской помощи.

2.5.6. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих стационарную медицинскую помощь, пациентам, которые впоследствии не госпитализированы, осуществляется в размере тарифа разового посещения по поводу заболевания к специалисту соответствующего профиля.

Формирование реестров на оплату указанного вида медицинской помощи осуществляется на основании учетных форм медицинской документации, предусмотренных законодательством, и содержащих информацию о полном объеме оказанной медицинской помощи (врачебные осмотры, лабораторные и инструментальные исследования, проведенные манипуляции и др.).

2.5.7. Оплата случаев диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется в соответствии с законодательством при условии выполнения перечня услуг, в том числе в период, предшествующий мероприятию.

2.5.8. В случае предоставления на оплату законченного случая указанных профилактических мероприятий, при которых часть исследований проведена в период, предшествовавший мероприятию, размер оплаты определяется перечнем медицинских услуг, проведенных непосредственно в период профилактического мероприятия.

2.5.9. Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации осуществляется при полном выполнении перечня исследований, предусмотренных законодательством, непосредственно во время мероприятия в размере установленного тарифа.

2.5.10. Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в

размере тарифа законченного случая проведенного мероприятия при выполнении полного перечня исследований, предусмотренных законодательством. В случае предоставления на оплату законченного случая указанных профилактических мероприятий, при которых часть исследований проведена в период, предшествующий мероприятию, размер оплаты определяется стоимостью проведенных медицинских услуг непосредственно в период мероприятия.

2.5.11. Оплата II этап диспансеризации осуществляется по тарифу стоимости проведенных медицинских услуг (посещения врачей – специалистов и т.д.).

2.5.12. Оплата диспансеризации с кратностью 1 раз в два года (динамическое наблюдение) состоит из тарифов стоимости проведенных исследований и тарифа амбулаторного приема (осмотра) врача терапевта.

2.5.13. Оплата медицинских услуг в «Центрах здоровья» производится за законченный случай комплексного обследования в соответствии с перечнем исследований, утвержденных законодательством. Комплексное обследование в «Центрах здоровья» (взрослое, детское население) проводится однократно в календарном году.

2.5.14. Оплата амбулаторной стоматологической медицинской помощи осуществляется в размере тарифа обращения (законченного страхового случая лечения с 2 и более посещениями), разового посещения по поводу заболевания, консультации, диспансерного наблюдения, стоматологического обследования в рамках мероприятий, предусмотренных законодательством.

2.5.15. Оплата обращений (посещений) по поводу стоматологических заболеваний осуществляется в разрезе групп заболеваний.

2.5.16. К обращениям (законченным страховым случаям лечения с 2 и более посещениями) при оказании стоматологической помощи относятся случаи оказания медицинской помощи, регламентированные нормативными документами и завершившиеся устранением причины заболевания или достижением стойкой ремиссии, при отсутствии необходимости повторного обращения по данному заболеванию в течение 30 дней со дня завершения лечения. Обращение складывается из первичных и повторных посещений.

2.5.17. посещениям (разовым) с профилактическими и иными целями при оказании стоматологической помощи относятся: разовые посещения по поводу заболеваний (в том числе и законченные случаи лечения), стоматологическое обследование (профилактический осмотр), диспансерное наблюдение, консультации. Разовые посещения по поводу заболеваний, не включенных в перечень медицинских услуг в разрезе МКБ 10 при оказании стоматологической амбулаторной помощи, оплачиваются по тарифу стоматологического обследования.

2.5.18. Медицинские услуги стоматологического обследования (профилактический осмотр), регламентированного действующими нормативными документами, предъявляются к оплате при завершеном профилактическом осмотре и не предполагают проведения лечебного процесса.

2.5.19. Оформление медицинской документации при оказании амбулаторной стоматологической медицинской помощи (медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях) предусматривает указание перечня выполненных стоматологических медицинских услуг с их кодировкой в соответствии с положениями нормативных документов.

3. Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях на основе групп заболеваний, в том числе клинко – статистических групп (КСГ)

3.1. Основные понятия и термины

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в рамках базовой и сверхбазовой Программы ОМС, используются следующие основные понятия и термины:

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;

Клинко-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);

Клинко-профильная группа (КПГ) – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноемкости и поправочных коэффициентов;

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, предусмотренных настоящими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

Коэффициент относительной затратноемкости – устанавливаемый настоящими рекомендациями 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;

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

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;

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно 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;

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 настоящими рекомендациями.

Методические рекомендации – «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Калининградской области и Федерального фонда ОМС (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС от 21.11.2018 года №11-

7/10/2 -7543, №14525/26-1/и)

3.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по уровням оказания медицинской помощи (Приложение № 2.2.1.).

3.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

3.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе по профилю «медицинская реабилитация») в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) в соответствии с Программой ОМС применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу заболеваний), оплата которого осуществляется в соответствии с «Методическими рекомендациями» в рамках базовой Программы ОМС;

- за законченный случай лечения заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), включенных в базовую Программу ОМС, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу заболеваний) в рамках сверхбазовой Программы ОМС, за законченный случай оказания паллиативной медицинской помощи (включая хосписы и больницы сестринского ухода), за законченный случай оказания прочих и иных медицинских услуг;

- за прерванные случаи оказания медицинской помощи (переводы пациентов в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациентов из медицинской организации при их письменном отказе от дальнейшего лечения, случаи с летальным исходом, при проведении диагностических исследований, случаи с длительностью лечения три дня и менее (за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения), оплата которых осуществляется в рамках базовой Программы ОМС в соответствии с «Методическими рекомендациями»;

3.3.2. Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов ВМП, не включенных в базовую Программу ОМС, для которых Программой ОМС установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- услуг диализа, включающих различные методы.

3.3.3. Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях.

Исключением являются КСГ, включенные в профиль «Медицинская реабилитация», лечение в рамках, которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

3.3.4. Оплата прерванных случаев лечения (в том числе с длительностью 3 дня и менее), в рамках базовой программы ОМС, не включенных в Приложение № 3.4.3, осуществляется в неполном объеме.

В случае, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия (Приложение №3.4.3.1), являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности три дня и менее – в размере 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более трех дней – 85% от стоимости КСГ.

3.3.5. Оплата прерванных случаев лечения (в том числе с длительностью 3 дня и менее), если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, не проводились, осуществляется в размере:

- при длительности три дня и менее – в размере 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более трех дней – 55% от стоимости КСГ.

3.3.6. Оплата прерванных случаев лечения в рамках сверхбазовой Программы ОМС осуществляется в неполном объеме по профилям: «венерология» и «наркология» с длительностью 5 дней и менее осуществляется в размере 30% от стоимости случая лечения, при длительности лечения более 5 дней, но менее 11 дней в размере 70 %, по профилю «инфекционные болезни» (в части лечения заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека) при длительности 10 дней и менее в размере 30% от стоимости случая, при длительности лечения более 10 дней, но менее 22 дней в размере 70% от стоимости случая.

3.3.7. Оплата в случае лечения пациентов в ГБУЗ Калининградской области «Психиатрическая больница № 4», отделениях №1, №4, №7 ГБУЗ Калининградской области «Психиатрическая больница № 2», по профилю оказания медицинской помощи «фтизиатрия» производится за отчетный календарный период (месяц) с указанием исхода заболевания «продолжает болеть».

При длительности лечения меньше отчетного календарного периода оплата осуществляется пропорционально стоимости случая лечения в полном календарном периоде.

3.3.8. Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП).

При этом критерием отнесения случая к «сверхдлительному» является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней (приложение № 3.4.6 «Перечень КСГ относящихся к случаям сверхдлительного пребывания (со сроком пребывания более 45 дней)»).

Отнесение случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039-st19.055, ds19.001-ds19.015), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлительного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

$$КСЛП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{дл},$$

где

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

$K_{дл}$ – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов – 0,25;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней).

3.3.9. Оплата по одной КСГ (с наибольшим размером оплаты) производится, когда в круглосуточном стационаре имеется перевод пациента из одного отделения в другое в рамках одного случая госпитализации. Каждый указанный случай подлежит медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи

3.3.10. Оплата по двум КСГ в рамках одной госпитализации в круглосуточный стационар производится в следующих случаях:

- при наличии в круглосуточном стационаре перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния (входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания). Каждый из указанных случаев подлежит медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

3.3.11. Оплата по двум КСГ в рамках одной госпитализации в круглосуточном стационаре производится в случаях госпитализации пациенток в отделение патологии беременности длительностью 6 дней и более, с последующим их переводом для родоразрешения в родильное отделение;

- в случаях госпитализации пациенток в отделение патологии беременности длительностью 2 дня и более при наличии заболеваний с кодом МКБ -10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия;

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией и последующим их переводом для родоразрешения в родильное отделение.

В этих случаях оплата осуществляется по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение» или по st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

Оплата по двум КСГ осуществляется также в случаях оказания медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт системы (катетера), для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации.

Оплата по двум КСГ осуществляется при этапном хирургическом лечении при злокачественных новообразованиях, не предусматривающем выписку пациента из стационара. При этом если один из двух случаев является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

3.3.12. Оплата по двум КСГ в рамках одной госпитализации в круглосуточном стационаре производится в случае перевода пациентов внутри медицинской организации в отделение по профилю «медицинская реабилитация» для проведения второго этапа стационарного лечения имеющегося заболевания.

3.3.13. Оплата по двум КСГ в рамках одной госпитализации в круглосуточном стационаре проводится по общим правилам, в том числе если один или оба случая лечения являются прерванными (оплата осуществляется в неполном объеме).

3.4. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

3.5. Способы оплаты видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую Программу

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую Программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень).

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

4. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

4.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в рамках базовой и сверхбазовой Программы ОМС, используются следующие понятия

Случай лечения – единица объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной Программы ОМС - это медицинская помощь (совокупность медицинских услуг) по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационарных условиях (и/или в условиях дневного стационара) в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до момента выбытия (выписка, перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания, подтвержденного первичной

медицинской документацией) и без клинического результата (смерть пациента), в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты.

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).

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-емкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка (БС) – 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, предусмотренных «Методическими рекомендациями» (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратно-емкости (КЗ) – устанавливаемый «Методическими рекомендациями» коэффициент затратно-емкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратно-емкости к базовой ставке.

Коэффициент дифференциации (КД) – 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.

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

Управленческий коэффициент (КУ) – 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 (КУС) – 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 и рассчитанный в соответствии с установленными правилами.

Коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) – 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.

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.

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем установленных услуг:

4.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение № 2.3.1.).

4.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в том числе по профилю «медицинская реабилитация» в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), применяются следующие способы оплаты:

4.3.1. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу заболеваний), оплата которого осуществляется в рамках базовой Программы ОМС;

4.3.2. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу заболеваний), оплата которого осуществляется в рамках сверхбазовой Программы ОМС;

4.3.3. за прерванные случаи оказания медицинской помощи (переводы пациентов в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациентов из медицинской организации при их письменном отказе от дальнейшего лечения, случаи с летальным исходом, при проведении диагностических исследований, случаи с длительностью лечения три дня и менее (за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения), оплата которых осуществляется в рамках базовой Программы ОМС в соответствии с «Методическими рекомендациями»;

4.3.4. за прерванные случаи оказания медицинской помощи (случаи с длительностью лечения три дня и менее, случаи с летальным исходом, переводы пациентов в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациентов из медицинской организации при их письменном отказе от дальнейшего лечения, при проведении диагностических исследований), оплата которых осуществляется в рамках сверхбазовой Программы ОМС.

4.3.5. Оплата по двум КСГ в рамках базовой и сверхбазовой Программы ОМС при одном случае лечения в дневном стационаре производится при переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое, в случае

возникновения нового заболевания или состояния (входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания), а также в случае продолжения лечения в дневном стационаре по профилю «медицинская реабилитация» после окончания лечения по другому профилю оказания медицинской помощи.

Оплата по двум КСГ осуществляется также в случаях оказания медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт системы (катетера), для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации.

4.3.6. Оплата прерванных случаев лечения в рамках базовой и сверхбазовой Программы ОМС (длительность лечения три дня и менее, летальный исход, перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, проведение диагностических исследований) проводится в неполном объеме.

В случае, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия (Приложение №3.5.3.1), являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности три дня и менее – в размере 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более трех дней – 85% от стоимости КСГ.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности три дня и менее – в размере 40% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более трех дней – 55% от стоимости КСГ.

5. Оплата случаев экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)

5.1. В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов.

5.2. Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

5.3. Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, соответствует стоимости полного цикла

экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, но представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

5.4. Оптимальная длительность случая при проведении процедуры криопереноса эмбриона составляет 1 день.

...

6. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

6.1. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

6.2. Оплата выполненных услуг диализа в условиях дневного стационара проводится за один месяц лечения (в сочетании при необходимости с оплатой за случай лечения в дневном стационаре или без нее).

6.3. Оплата выполненных услуг диализа в условиях круглосуточного стационара проводится только в сочетании с оплатой случая госпитализации пациента (по соответствующей КСГ заболеваний), являющейся основным поводом для госпитализации.

7. Способы оплаты скорой медицинской помощи вне медицинской организации

7.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций (Приложение № 2.4.1);

7.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

7.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которой выдан полис ОМС, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

7.4. Оплата скорой специализированной медицинской помощи, оказанной в рамках сверхбазовой Программы ОМС (включая санитарно – авиационную эвакуацию), осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

7.5. Оплата скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС, производится в соответствии с зонами обслуживания населения, которые утверждены нормативными документами Министерства здравоохранения Калининградской области.

7.6. Оплата случаев оказания скорой медицинской помощи производится в соответствии с перечнем заболеваний, изложенном в пунктах 11, 13 Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н.

7.7. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной пациентам с острым коронарным синдромом, включающей проведение тромболитической терапии, осуществляется по утвержденному тарифу с учетом расходов на лекарственное обеспечение.

8. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих социально-значимые виды медицинской помощи (в рамках сверхбазовой Программы ОМС)

Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, - по подушевому нормативу финансирования (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

9. Основные подходы к оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий оказывается преимущественно в медицинских организациях и (или) структурных подразделениях медицинских организаций 3-го уровня.

Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий дифференцированы по видам консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, определенных Порядком организации и оказания

медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н. (Приложение №3.3.5.)

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

1. Общие положения

1.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с требованиями ч.7 ст. 35 Федеральных законов от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями) и включает следующие расходы: на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования, организации питания (при отсутствии организованного питания медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Не подлежат оплате за счет средств Программы ОМС расходы медицинских организаций на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы инвестиционного характера.

Вышеперечисленные расходы осуществляются за счет бюджетных ассигнований и не входят в средний подушевой норматив финансирования, установленный Программой ОМС.

Средства ОМС на оплату труда сотрудников отделений медицинских организаций при закрытии отделений на проведение плановых и внеплановых ремонтов, карантинных и профилактических мероприятий дополнительно не выделяются. Указанные расходы могут возмещаться за счет средств соответствующего бюджета.

Оплата расходов, не включенных в структуру тарифа на медицинскую помощь в сфере ОМС, является нецелевым использованием средств ОМС.

1.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 28 февраля 2011 года №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 года, регистрационный N 19998) (с последующими изменениями), «Методических рекомендаций», информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 г. № 11-7/10/1-511 «Формирование и экономическое обоснование территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», Приказа Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

2. Тарифы при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

- базовой программы ОМС в сумме 3 996,67 рублей;
- на финансовое обеспечение сверхбазовой Программы ОМС в сумме 354,10 рублей;

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования – 212,57 рублей.

2.2. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (приложение № 3.3.1);

2.3. Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный по однородным группам исходя из значений, рассчитанных по каждой медицинской организации с учетом половозрастных коэффициентов дифференциации и коэффициентов дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (приложение 3.3.2);

2.4. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования на одного застрахованного жителя области (медицинская помощь в амбулаторных условиях) (приложение № 3.3.3);

2.5. Размер среднемесячных подушевых нормативов на одного застрахованного жителя области (за счет межбюджетных трансфертов из областного бюджета) (приложение № 3.3.4).

2.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

2.6.1. Тариф на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в части базовой и сверхбазовой Программы ОМС (Приложение № 3.3.5);

2.6.2. Классификатор основных медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), подлежащих оплате по обязательному медицинскому страхованию (приложение № 3.3.6), среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной амбулаторной стоматологической помощи в медицинских организациях Калининградской области в 2019 году составляет 3,9 УЕТ в одном посещении, 9,6 УЕТ в одном обращении.

2.6.3. Перечень заболеваний при оказании амбулаторной стоматологической помощи в разрезе групп и подгрупп (Приложение № 3.3.7);

2.6.4. Тариф стоимости случаев лечения при оказании амбулаторной стоматологической медицинской помощи (Приложение № 3.3.8);

2.6.5. Перечень медицинских услуг в разрезе МКБ 10 при оказании амбулаторной стоматологической помощи (Приложение № 3.3.9);

2.6.6. Тариф стоимости диагностических услуг (Приложение № 3.3.10).

3. Тарифы в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

3.1.1. базовой Программы ОМС в сумме 5 187,81 рублей;

3.1.2. сверхбазовой Программы ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 755,60 рублей.

3.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка):

3.2.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ в рамках базовой Программы ОМС – 22 878,77 рублей;

3.2.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ в рамках сверхбазовой Программы ОМС – 68 004,72 рублей.

3.3. Перечень групп заболеваний в разрезе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ:

3.3.1 в рамках базовой Программы ОМС (Приложение № 3.4.1).

3.4. Перечень клинико-статистических групп, к которым не применяются КУС, понижающие УК, повышающие УК (Приложение № 3.4.2).

3.5. Перечень клинико-статистических групп, относящихся к случаям сверхкороткого пребывания в круглосуточном стационаре, которые оплачиваются в полном объеме (Приложение № 3.4.3).

3.6. Перечень услуг в составе клинико-статистических групп, к которым применяется КСЛП при проведении сочетанных хирургических вмешательств (Приложение №3.4.4.).

3.7. Перечень услуг в составе клинико-статистических групп, к которым применяется КСЛП при проведении однотипных операций на парных органах (Приложение № 3.4.5).

3.8. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

- управленческий коэффициент (Приложение № 3.4.1);
- коэффициент уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 3.4.7);
- коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) (Приложение № 3.4.8).

3.9. Тариф стоимости случая госпитализации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях за счет сверхбазовой Программы ОМС по прочим видам медицинских и иных услуг (Приложение № 3.4.10).

3.10. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 3.4.9).

4. Тарифы в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

- 4.1.1. базовой Программы ОМС в сумме 1 141,37 рублей;
- 4.1.2. сверхбазовой Программы ОМС в сумме 13,08 рублей.

4.2. Средней размер стоимости законченного случая лечения для расчета тарифа по медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

- 4.2.1. размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ - 12 522,97 рубля;
- 4.2.2. размер средней стоимости законченного случая лечения (сверхбазовая ставка), включенного в КСГ - 11 741,00 рубля.

4.3. Перечень групп заболеваний по клинико-статистическим группам (КСГ) с коэффициентами относительной затратоемкости КСГ:

- в рамках базовой Программы ОМС (Приложение № 3.5.1);

4.4. Перечень КСГ заболеваний при лечении в дневном стационаре с указанием применяемых поправочных коэффициентов (Приложение № 3.5.2)

4.5. Перечень КСГ, оплата которых осуществляется в полном объеме при прерванных случаях лечения (три дня и менее) в дневном стационаре (Приложение № 3.5.3).

4.6. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

- управленческий коэффициент - 1;
- коэффициент уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 3.5.4).
- КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) (Приложение № 3.5.5).

5. Тарифы в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

5.1.1. базовой Программы ОМС в сумме 682,07 рублей;

5.1.2. сверхбазовой Программы ОМС в сумме 57,46 рублей.

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования – 56,97 рублей.

5.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой и скорой специализированной медицинской помощи (Приложение № 3.6.1) в рамках базовой и сверхбазовой Программы ОМС.

5.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой скорой медицинской помощью вне медицинской организации (Приложение № 3.6.2) в рамках базовой и сверхбазовой Программы ОМС.

5.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 3.6.3).

5.5. Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования станции (отделений) скорой медицинской помощи, определенный по однородным группам исходя из значений, рассчитанных по каждой медицинской организации с учетом половозрастных коэффициентов дифференциации (Приложение № 3.6.4).

6. Тарифы на оплату случаев лечения при оказании услуг диализа

6.1. Базовый тариф на оплату услуг гемодиализа 6 204,05 рублей.

6.2. Базовый тариф на оплату услуг перитонеального диализа 4 901,17 рублей.

6.3. Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты проведения заместительной почечной терапии методом диализа (Приложение № 3.7.1).

IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества установлен приложением № 4.1.1.

V. Заключительные положения.

1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2019 года и действует по 31.12.2019 года.

2. Тарифное соглашение, а также документы, принятые в рамках Тарифного соглашения, являются обязательными для всех участников системы ОМС Калининградской области.

3. Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания.

4. Базовые тарифы могут индексироваться в случае поступления дополнительных средств на реализацию территориальной программы ОМС в 2019 году сверх утвержденных в законе «О бюджете территориального фонда ОМС Калининградской области на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов» ассигнований, или в случае перераспределения финансовых средств при исполнении территориальной программы ОМС в 2019 году.

5. Признать утратившим силу Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи в системе ОМС Калининградской области на 2018 год с изменениями и дополнениями.

Подписи сторон

Кравченко
Александр Юрьевич



- министр здравоохранения
Калининградской области, **председатель комиссии**

Демина
Татьяна Владимировна





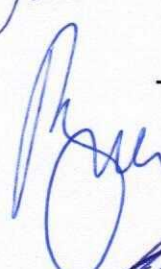
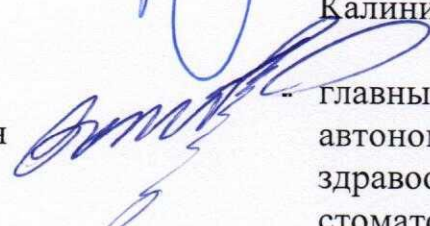

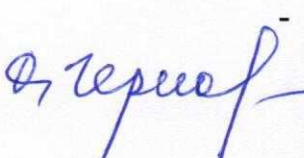



- директор территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Калининградской области, **заместитель председателя комиссии**

Баринов
Илья Александрович



заместитель Председателя Правительства
Калининградской области

- Семенова
Елена Ивановна  - заместитель министра здравоохранения
Калининградской области
- Будина
Ирина Владимировна  - заместитель директора территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Калининградской области
- Отинова
Лолита Витауто  - заместитель директора территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Калининградской области
- Булгакова
Татьяна Фёдоровна  - Директор филиала «Калининградский»
акционерного общества "Страховая
группа «Спасские Ворота-М»
- Висков
Роман Владимирович  - главный врач государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
"Областная клиническая больница
Калининградской области"
- Волков
Евгений Борисович  - главный врач государственного
автономного учреждения
здравоохранения "Областная
стоматологическая поликлиника
Калининградской области"
- Дивакова
Лариса Владимировна  - исполнительный директор
Калининградского филиала акционерного
общества "Страховая компания "СОГАЗ-
Мед"
- Герцог
Ольга Богдановна  - главный врач государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
Калининградской области "Гусевская
центральная районная больница"
- Краснова
Ольга Геннадиевна  - председатель региональной общественной
организации "Врачебная палата
Калининградской области", главный врач
государственного бюджетного
учреждения здравоохранения
Калининградской области "Полесская
центральная районная больница"

Грицкевич
Ольга Анатольевна

- член региональной общественной организации "Врачебная палата Калининградской области", главный врач государственного автономного учреждения Калининградской области "Региональный перинатальный центр"

Маляров
Александр Михайлович

- член Совета региональной общественной организации "Врачебная палата Калининградской области", главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Детская областная больница Калининградской области"

Орлова
Елена Васильевна

- заместитель председателя Калининградского областного объединения организаций профсоюзов

Рудь
Людмила Алексеевна

- заместитель председателя Калининградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

Сергутко
Ирина Леонидовна

- председатель Калининградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

Тугушев
Олег Каримович

- директор филиала общества с ограниченной ответственностью "Росгосстрах - Медицина" - "Росгосстрах - Калининград - Медицина"