

Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Астраханской области на 2019 год

г. Астрахань

« 25 » января 2019 года

1. Общие положения

Настоящее Соглашение разработано и заключено в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в целях предоставления гражданам в Астраханской области равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Астраханской области (далее - ТП ОМС) и включает разделы, предусмотренные приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

1.1. Участники соглашения:

1. Министерство здравоохранения Астраханской области в лице и.о. министра здравоохранения Астраханской области, председателя – О.С.Гребневой
2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Астраханской области в лице директора - заместителя председателя заседания - А.Г. Циха
3. Астраханский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора, действующего на основании Положения об Астраханском филиале ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и доверенности от 01.03.2018 № 150 - секретаря заседания Т.Ю. Шабалиной
4. Филиал АО «МАКС-М» в г. Астрахани в лице и.о. директора, действующего на основании Положения о филиале АО «МАКС-М» в г. Астрахани и доверенности от 01.01.2019 №04 (МЕД). В.А. Лукашева
5. Региональная общественная организация «Врачебная палата Астраханской области» в лице председателя - С.А. Ольховской
6. Астраханская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя - Е.В.Свекольниковой

1.2. Предмет соглашения.

1.2.1. Предметом Соглашения являются тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС),

предназначенные для оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках утвержденной ТП ОМС на 2019 год.

1.2.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций (далее – МО) по выполнению ТП ОМС, с учетом доходной части бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Астраханской области (далее – ТФОМС Астраханской области) на 2019 год.

1.2.3. Тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемые на территории Астраханской области, рассчитываются в соответствии с федеральными нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, предусмотренными ТП ОМС из средств ОМС на 2019 год. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС на 2019 год сформированы с учетом:

- видов высокотехнологической медицинской помощи, в соответствии с разделом I приложения № 22 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Астраханской области на 2019 год, утвержденной Постановлением Правительства Астраханской области от 29.12.2018 № 615-П «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Астраханской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – Программа);

- разъяснений, содержащихся в письме Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2018 №11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – письмо о формировании и экономическом обосновании ТПГТ);

- методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (направленных в субъекты Российской Федерации письмом от 21.11.2018 года МЗ РФ № 11-7/10/2-7543 и ФОМС №14525/26-1/и) (далее - Методические рекомендации);

- инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (письмо ФОМС от 03.12.2018 № 15031/26-1/и в дополнение к Методическим рекомендациям) (далее - Инструкция)

и в соответствии с:

- численностью приписного и застрахованного населения;

- объемами медицинской помощи, утвержденными Комиссией по разработке ТП ОМС (далее – Комиссия): в разрезе профильных отделений стационара, профильных отделений дневных стационаров; высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов; с учетом врачебных специальностей в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях); видов приемов;

- коэффициентами относительной затратоемкости лечения по группам заболеваний, поправочными коэффициентами оплаты, устанавливаемыми на территориальном уровне;

- показателями доходной части бюджета ТФОМС Астраханской области на 2019 год в соответствии с Законом Астраханской области от 26.12.2018 №120/2018-ОЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Астраханской области на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов».

1.2.4. По тарифам на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) производится частичная компенсация затрат МО, работающим в системе ОМС.

В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя 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 в 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.

1.2.5. Расходы МО любой формы собственности, не связанные с оказанием медицинских услуг в рамках выполнения ТП ОМС, в том числе расходы по оплате услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, оборудования, сдаваемых в аренду и (или) используемых при оказании платных услуг, не включаются в структуру тарифов на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) по ОМС на территории Астраханской области и, соответственно, не подлежат оплате из средств ОМС.

1.2.6. МО любой формы собственности при определении расходов за счет средств, получаемых от деятельности в ОМС, следует руководствоваться нормативными документами и разъяснениями Минздрава России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, министерства здравоохранения Астраханской области и ТФОМС Астраханской области.

1.2.7. Затраты на медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы, в том числе на стерилизацию медицинского инструментария,

определяются Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, Перечнем медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, формулярами лекарственного обеспечения, протоколами, стандартами и т.п., утвержденными в установленном порядке.

1.2.8. Настоящее соглашение распространяет свое действие на всех участников ОМС, реализующих ТП ОМС.

1.3. Основные понятия и термины

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 ТП ОМС, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Соглашением (средняя стоимость законченного случая лечения);

Медицинская услуга - услуга диализа.

1.3.1. При оплате медицинской помощи в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара

Случай госпитализации - случай оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС;

Случай лечения - случай оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС;

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);

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

Оплата медицинской помощи по КСГ - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных (управленческий коэффициент, коэффициент подуровня оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов) коэффициентов;

Коэффициент относительной затратоемкости - определяется на федеральном уровне для каждой КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, отражает отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний

к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне:

Управленческий коэффициент - корректирует тариф клинко-статистической группы, применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи;

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - учитывает различия в размерах расходов МО, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи;

Коэффициент сложности лечения пациентов – применяется в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

1.3.2. При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное (прикрепленное по участковому признаку) лицо, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Соглашением;

Единицы объема медицинской помощи:

посещение - прием (осмотр) пациента врачом, ведущим амбулаторный прием, или средним медицинским работником, ведущим самостоятельный амбулаторный прием, по любому поводу с последующим назначением лечения, записью данных динамического наблюдения, назначенного обследования, постановкой диагноза и соответствующей записью в амбулаторной карте;

посещение с консультативной целью - прием (осмотр) пациента врачом, ведущим амбулаторный прием в МО, включенной в перечень МО, осуществляющих консультативный прием, установленный министерством здравоохранения Астраханской области, и которой Комиссией установлены объемы оказания данного вида посещений. Непременным условием проведения данного вида приема является наличие у пациента направления лечащего врача амбулаторно-поликлинического учреждения, оформленного должным образом, с указанием цели проведения консультации. Кроме того, направление должно содержать результаты проведенного обследования, в соответствии с требованиями нормативных актов в сфере здравоохранения;

посещение с консультативно-диагностической целью – вид посещения с консультативной целью, состоявшегося в МО, которой Комиссией установлены объемы предоставления данного вида посещений, с выполнением необходимого уровня обследований, указанных в Приложении №31 к Тарифному соглашению, в случаях:

- поступления пациента в приемное отделение МО по экстренным показаниям (доставлен бригадой скорой медицинской помощи или в случае самообращения), в состоянии, требующем проведения комплекса лечебно-диагностических мероприятий с целью установления предварительного диагноза и решения вопроса об условиях оказания медицинской помощи, и по результатам которого, показаний для госпитализации в круглосуточный стационар не выявлено;

- направления пациента в МО лечащим врачом амбулаторно-поликлинического учреждения в плановом порядке, с целью постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения;

обращение по поводу заболевания, включая обращение с консультативной целью и обращение с консультативно-диагностической целью - законченный случай лечения в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута. Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении пациентом по данному поводу. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений;

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне:

относительные коэффициенты стоимости посещения с учетом специальностей – устанавливаются на территориальном уровне с учетом рекомендаций, содержащихся в письме о формировании и экономическом обосновании ТПГГ, являются едиными для всех МО;

поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом специальностей – устанавливаются на территориальном уровне с учетом рекомендаций, содержащихся в письме о формировании и экономическом обосновании ТПГГ, являются едиными для всех МО;

поправочные коэффициенты стоимости для приема посещений и обращений с консультативной целью и приема специалистами мобильных поликлиник устанавливаются на территориальном уровне и учитывают различия в размерах расходов по специальностям, являются едиными для всех МО;

поправочные коэффициенты стоимости для посещений и обращений с консультативно-диагностической целью – устанавливаются на территориальном уровне и учитывают различия в размерах расходов по

специальностям с учетом проводимых исследований, являются едиными для всех МО;

условные единицы трудоемкости – используются в стоматологии для планирования и учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда.

1.3.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное (прикрепленное в соответствии с зонами обслуживания) лицо, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Соглашением;

вызов скорой медицинской помощи - учитывает оказание скорой медицинской помощи вне МО, в том числе с применением тромболизиса.

1.3.4. При оплате медицинской помощи в МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара

Подушевой норматив финансирования - включает оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой МО медицинской помощи, применяется в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, расположенными в сельской местности, определяется на территориальном уровне, отражает размер средств, направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное (прикрепленное по участковому признаку) лицо, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Соглашением.

1.3.5. При оплате медицинской помощи в МО, по подушевому принципу

Интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования:

Половозрастной коэффициент дифференциации - учитывает 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;

Коэффициент дифференциации*- учитывает плотность населения;

Районный коэффициент к заработной плате - учитывает дополнительные выплаты работникам, занятым на работах в пустынных и безводных местностях, находящихся на части территории муниципального образования «Лиманский район»;

Коэффициент дифференциации - учитывает достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения Астраханской области, а также повышение заработной платы иному персоналу;

Коэффициент дифференциации* - учитывает уровень расходов на содержание МО.

* -применяется при оплате по подушевому принципу скорой медицинской помощи, оказанной вне МО.

2. Способы оплаты медицинской помощи

В соответствии с ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

2.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (АПП):

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай). Сумма средств подушевого финансирования ($\Sigma_{пнф}$) МО рассчитывается на месяц по следующей формуле:

$$\Sigma_{пнф}^{МО^i} = ДП_n^i * Ч_n, \text{ где:}$$

$ДП_n^i$ – дифференцированный подушевой норматив финансирования для однородных групп МО (Приложение №11);

$Ч_n$ - численность прикрепленного населения, определенная на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца, за который производится расчет. В случае изменения численности прикрепленного населения в течение месяца сумма средств подушевого финансирования МО определяется на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца и число месяца, с которого произошли изменения, исходя из календарных дней месяца, за который производится расчет;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Астраханской области, на территории которой выдан полис ОМС, а также в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц, а также в медицинских организациях, которым Комиссией установлены соответствующие объемы оказания медицинской помощи);

с учетом перечня МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях на территории Астраханской области в 2019 году, с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи (Приложение №1);

оплата диспансеризации и профилактических осмотров осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения (комплексное посещение). При этом единицей планирования объемов диспансеризации и профилактических осмотров является одно комплексное посещение по специальности «терапия» или «педиатрия», «ВОП», фельдшер (при возложении на него отдельных функций лечащего врача), которые включают в себя весь объем диспансеризации и профилактических осмотров, установленных порядками проведения диспансеризации и профилактических осмотров;

с учетом порядка оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) (Приложение № 2);

с учетом перечня медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» (Приложение № 3).

Межучрежденческие расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями по тарифам на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, в соответствии с принятым Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи в системе ОМС в Астраханской области на текущий период, в целях реализации способа оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи. Расчеты страховыми медицинскими организациями осуществляются на основании данных сверки между медицинскими организациями при условии заключения дополнительного соглашения к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

Согласно Приложению 1 «Перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований и средств обязательного медицинского страхования» к Программе, необходимым условием предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме в медицинской организации, к которой застрахованный по ОМС гражданин не прикреплен на медицинское обслуживание, является направление лечащего врача, оформленное должным образом. Исключение составляют:

случаи оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилям: «стоматология» и «акушерство и гинекология»;

случаи оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилям «терапия», «педиатрия», «средний медперсонал, ведущий самостоятельный прием» при оказании первичной медико-санитарной помощи в здравпунктах (медпунктах) дошкольных, школьных и др. образовательных

учреждений, являющихся структурными подразделениями МО, в соответствии с нормативными актами органа управления здравоохранением;

случаи проведения обследования беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в соответствии со схемой, утвержденной приложением №1 приказа Министерства здравоохранения РФ от 14.07.2003 №307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним», при помещении их в учреждения социального обслуживания (государственные специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации) МО, определенными министерством здравоохранения Астраханской области.

Посещения (два и более) пациентом в течение одного дня врача одной специальности учитываются и оплачиваются как одно посещение, за исключением посещений:

- врачей кабинетов специализированных приемов по специальностям «акушерство-гинекология» и «онкология»;
- случаев оказания медицинской помощи по специальности «стоматология», при условии, что медицинскую помощь оказывают врачи-стоматологи разной специализации (стоматолог-терапевт, стоматолог-хирург, стоматолог-пародонтолог и т.д.);
- посещений врачей-педиатров, терапевтов здравпунктов (медпунктов) дошкольных, школьных и др. образовательных учреждений, являющихся структурными подразделениями МО и участкового врача-педиатра, врача-терапевта МО, при выявлении у пациента заболевания;
- посещений среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, в случае посещения пациентом в один день кабинета доврачебного осмотра и смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения);
- оказание неотложной медицинской помощи врачом кабинета неотложной медицинской помощи с последующим посещением врача той же специальности другого структурного подразделения медицинской организации.
- случаев оказания медицинской помощи врачом-эндокринологом и врачом - эндокринологом кабинета «Диабетическая стопа».

В случае необходимости консультации других специалистов с целью уточнения основного диагноза, посещения данных специалистов представляются к оплате, как разовые посещения по поводу заболевания. При этом даты посещений могут совпадать с датами обращения по основному заболеванию.

К посещениям, подлежащим оплате по тарифу за профилактические посещения, относятся:

- посещения специалистов в центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр, динамическое наблюдение);
- посещения в связи с диспансерным наблюдением;
- посещения с целью патронажа;
- осмотры контактных в очаге инфекционного заболевания;

- посещения беременных при нормальной беременности; женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт; по поводу аборт, проводимых в амбулаторных условиях; по поводу применения противозачаточных средств; после абортов, проведенных в стационаре;

- осмотры при решении вопроса о проведении профилактических прививок;

- посещения при оформлении опеки и попечительства;

- посещения, профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом (несовершеннолетние);

- другие медицинские осмотры, осуществляемые в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, 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 (II этап);

- с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания, в том числе с консультативной целью, посещение пациентом для повторной выписки рецепта, получением справки, посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием).

В рамках утвержденных объемов по специальностям: «урология», «эндокринология», «стоматология» могут подаваться на оплату осмотры детей, при условии, что специалисты прошли обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей урологических, эндокринологических, стоматологических заболеваний у детей (только строго в рамках проведения профосмотров несовершеннолетних и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе, усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью).

Единицей объема оказанной медицинской помощи при проведении диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития является обращение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца.

При оказании гарантируемой стоматологической помощи населению по Программе учитываются как посещения с профилактическими и иными целями, так и обращения по поводу заболевания. При этом учитывается кратность условных единиц трудоемкости (далее - УЕТ) в одном посещении с профилактической и иными целями, в одном обращении по поводу заболевания (законченный случай лечения).

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта за одно посещение (лечение 2-х-3-х зубов).

Обращения (два и более) пациента в течение одного периода к врачу одной специальности, учитываются и оплачиваются как одно обращение, за исключением обращений:

- врачей кабинетов специализированных приемов по специальностям «акушерство-гинекология» и «онкология»;

- случаев оказания медицинской помощи по специальности «стоматология», при условии, что медицинскую помощь оказывают врачи-стоматологи разной специализации (стоматолог - терапевт, стоматолог - хирург, стоматолог - пародонтолог и т.д.);

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру гемодиализа и один день перитонеального диализа. При этом в целях учета объемов медицинской помощи следует учитывать лечение в течение одного месяца, как одно обращение.

2.1.1. В случаях, если в рамках законченного случая лечения заболевания были разовые посещения пациента к врачам других специальностей, в том числе выполненные в соответствии со стандартами/протоколами/клиническими рекомендациями, указанные посещения формируются в реестрах счетов и оплачиваются по стоимости посещений с профилактическими и иными целями соответствующих врачебных специальностей при обязательном оформлении отдельных Талонов амбулаторного пациента на каждое посещение.

В количество посещений, входящих в обращение по поводу заболевания, в том числе при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи при стоматологических заболеваниях, не входят посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

Обращение с консультативно-диагностической целью по соответствующему врачебному профилю применяется однократно в текущем месяце и выгружается в реестрах счетов с указанием медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее - Номенклатура).

В случае если в МО, которой установлены планом посещения и обращения с консультативно-диагностическими целями, отсутствует возможность проведения того или иного осмотра или исследования, в рамках данного вида обращения, данные осмотры или исследования проводятся в других МО, имеющих возможность проведения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими МО.

2.1.2. К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме относятся виды посещений при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, с проведением лечебных-диагностических мероприятий, необходимых, в том числе, для купирования остро возникших состояний.

Оказание медицинской помощи в неотложной форме лицам,

обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника, а также в приемном (приемно-диагностическом) отделении стационара.

Учет посещений в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме осуществляется на основе учетной формы № 025-10/уТ-17 «Талон амбулаторного пациента»¹ (далее – ТАП).

Первое посещение в рамках случая поликлинического обслуживания по поводу лечения одного и того же заболевания при оказании медицинской помощи пациенту на дому (за исключением активных и патронажных посещений на дому) врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (средним медицинским работником, в том числе фельдшерско-акушерского пункта, кабинета неотложной помощи) и в травмпункте следует относить к посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме, оплата которой осуществляется по тарифу посещения в неотложной форме.

Посещение на дому при оказании медицинской помощи пациенту врачами других специальностей (при отсутствии медицинских вмешательств для снятия неотложного состояния) следует относить:

к посещению с лечебно-диагностической и оплачивать по тарифу посещения с профилактическими и иными целями по соответствующей специальности;

к обращению по поводу заболевания и оплачивать по тарифу обращения по поводу заболевания по соответствующей специальности.

К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме при стоматологических заболеваниях относятся виды посещений с острой болью во всех медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях, а также неотложная стоматологическая помощь, оказанная в передвижных стоматологических кабинетах и на дому (в случае, если у пациента с ограниченными возможностями к передвижению, обусловленных соматическим заболеванием или инвалидностью, возникает острая боль или состояние, обусловленное стоматологическим заболеванием и требующее срочного медицинского вмешательства).

Виды посещений «Первичное посещение с целью профилактики бешенства к врачу-хирургу, врачу-травматологу (травматологические, хирургические пункты/кабинеты поликлиник), в приемное (приемно-диагностическое) отделение стационара», «Повторное посещение с целью профилактики бешенства к врачу-хирургу, врачу-травматологу (травматологические, хирургические пункты/кабинеты поликлиник)» квалифицируются как посещения в неотложной форме.

Вид посещения «Посещение в круглосуточный пункт экстренной медицинской помощи» квалифицируется, как посещение в неотложной форме. Посещение включает осмотр пациента, проведение врачебных и/или

¹ С обязательным указанием цели первичного обращения «оказание неотложной помощи».

сестринских медицинских вмешательств, а также и проведение диагностических исследований и лечебных мероприятий. Расходы на оказанные пациенту медицинские услуги входят в тариф указанного посещения и дополнительно не оплачиваются. В персонифицированных реестрах счетов оказанные пациенту медицинские услуги указываются справочно.

Посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме не могут быть включены в состав посещений случаев поликлинического обслуживания по поводу заболевания и должны быть оформлены в виде отдельного ТАПа.

При оказании стоматологической помощи в неотложной форме в Листке ежедневного учета работы врача-стоматолога посещение отражается отдельной строкой с целью посещения «оказание неотложной помощи».

2.2. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении №4;

с учетом перечня медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара на территории Астраханской области в 2019 году, с распределением по уровням оказания медицинской помощи (Приложение №5);

с учетом порядка оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточных стационарах и дневных стационарах всех типов, а также случаев лечения при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в пределах одной медицинской организации либо между медицинскими организациями (Приложение №4).

Под понятием «законченный случай лечения заболевания» следует понимать случаи госпитализации пациентов в условиях круглосуточного стационара, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), в соответствии с медицинскими стандартами.

Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями и Инструкцией.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Астраханской области, в условиях круглосуточного стационара в разрезе профилей коек и КПП и стоимость соответствующей КСГ.

При оказании в условиях круглосуточного стационара высокотехнологичной помощи, оплата медицинской помощи осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи (случай госпитализации) в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных Комиссией для МО;

2.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КПП (в том числе КСГ);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность лечения в дневных стационарах всех типов составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности лечения 3 дня и менее представлен в Приложении №4;

с учетом перечня медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара на территории Астраханской области в 2019 году, с указанием типа дневного стационара и уровня оказания медицинской помощи (Приложение №6);

с учетом порядка оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточных стационарах и дневных стационарах всех типов, а также случаев лечения при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в пределах одной медицинской организации либо между медицинскими организациями (Приложение №4);

Под понятием «законченный случай лечения заболевания» следует понимать случаи лечения пациентов в дневных стационарах всех типов, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), в соответствии с медицинскими стандартами.

Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями и Инструкцией.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Астраханской

области, в условиях дневных стационаров по типам дневных стационаров (стационар дневного пребывания при стационаре, дневной стационар при амбулаторно-поликлиническом учреждении, дневной стационар на дому) в разрезе профилей коек и КПП, а также стоимость соответствующей КСГ.

2.4. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (СМП) (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Сумма средств подушевого финансирования ($\Sigma_{пнф}$) МО рассчитывается на месяц по следующей формуле:

$$\Sigma_{пнф}^{МО^i} = ДП_n^i * Ч_n, \text{ где:}$$

$ДП_n^i$ – дифференцированный подушевой норматив финансирования для однородных групп МО (Приложение №11);

$Ч_n$ – численность прикрепленного населения, определенная на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца, за который производится расчет. В случае изменения численности прикрепленного населения в течение месяца сумма средств подушевого финансирования МО определяется на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца и число месяца, с которого произошли изменения, исходя из календарных дней месяца, за который производится расчет;

с учетом перечня медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций на территории Астраханской области в 2019 году, в том числе оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (Приложение №7).

2.5. при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара (АПД, КС, ДС):

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом оценки показателей результативности деятельности медицинской организации (включая фактическое выполнение объема медицинской помощи по видам и условиям оказания).

Сумма средств подушевого финансирования ($\Sigma_{пнф}$) МО рассчитывается на месяц по следующей формуле:

$$\Sigma_{пнф}^{МО^i} = ДП_n^i * Ч_n, \text{ где:}$$

$ДП_n^i$ – дифференцированный подушевой норматив финансирования для однородных групп МО (Приложение №11);

$Ч_n$ – численность прикрепленного населения, определенная на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца, за который производится расчет. В случае изменения численности прикрепленного населения в течение месяца сумма средств подушевого финансирования МО определяется на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца и число месяца, с которого произошли изменения, исходя из календарных дней месяца, за который производится расчет;

с учетом перечня медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара на территории Астраханской области в 2019 году, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (Приложениям №1, 5, 6);

с учетом Порядка применения показателей результативности деятельности медицинских организаций (Приложение №8).

2.6. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, вне зависимости от применяемого способа оплаты отражаются все единицы объема оказанной медицинской помощи по установленным тарифам.

В соответствии с пунктом 6 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» «Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования».

2.7. В случае невыполнения МО объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, выплата заработной платы и финансирование других статей затрат, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, на невыполненный объем не являются обязательством системы ОМС.

2.8. Оплата медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемой застрахованному населению в ГБУЗ АО «Лиманская РБ», в связи с дополнительными выплатами работникам МО, занятым на работах в пустынных и безводных местностях, находящихся на части территории муниципального образования «Лиманский район», производится с учетом Км - коэффициента индексации в размере 1,04.

2.9. Порядок расчета стоимости страхового случая определен в соответствии с Приложением №9.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования включает расходы, установленные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

3.2. Базовые ставки финансирования единиц объема медицинской помощи установлены Приложением №10.

3.3. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (АПП) установлены:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательной медицинского страхования Астраханской области в расчете на одно застрахованное лицо - 3 966,47 рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования ($Пн_{баз}$) (Приложение №11).

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i -ой группы МО ($СКД_{инт}^i$) (Приложение №11).

Дифференцированный подушевой норматив финансирования для однородных групп МО ($ДП_n^i$) (Приложение №11).

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, в том числе:

Поправочные коэффициенты на 2019 год при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях (за исключением тарифов на оплату комплексного обследования в центрах здоровья, неотложной медицинской помощи) (Приложение №12);

Тарифы на оплату посещения центров здоровья с целью проведения комплексного обследования (Приложение №13);

Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты диализа (Приложение №14);

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап), (Приложение №15);

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап), (Приложение №16);

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (II этап), (Приложение №17);

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения (Приложение №18);

Тарифы на оплату проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (I этап) (Приложение №19);

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (I этап) (Приложение №20);

Распределение заболеваний по профилю "Стоматология" (Приложение №21);

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение №22).

3.4. При оплате медицинской помощи, оказываемой в **стационарных условиях** установлены:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательной медицинского страхования Астраханской области в расчете на одно застрахованное лицо 5 072,57 рублей.

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и управленческие коэффициенты для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (Приложение №23);

Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи (Приложение №24);

Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (Приложение № 25);

Коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи (КСЛП) (Приложение №26);

Порядок оплаты прерванных, случаев лечения в круглосуточных стационарах (КС) и дневных стационарах (ДС) всех типов, а также случаев лечения при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в пределах одной медицинской организации либо между медицинскими организациями (Приложение №4);

Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты диализа (Приложение №14);

Тарифы на виды высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансирование которых осуществляется за счет средств ОМС (Приложение №27).

3.5. При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара установлены:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательной медицинского страхования Астраханской области в расчете на одно застрахованное лицо - 1 128,05 рублей;

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и управленческие коэффициенты для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение №28);

При оплате медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, расположенными на территории закрытых административных территориальных образований применяется повышающий коэффициент в размере 1.2. Данный коэффициент применяется ко всем КСГ;

Порядок оплаты прерванных, случаев лечения в круглосуточных стационарах (КС) и дневных стационарах (ДС) всех типов, а также случаев лечения при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в пределах одной медицинской организации либо между медицинскими организациями (Приложение №4);

Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты диализа (Приложение №14).

3.6. При оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (СМП) установлены:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательной медицинского страхования Астраханской области в расчете на одно застрахованное лицо - 669,60 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования ($\Pi_{\text{баз}}$) (Приложение №11);

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i -ой группы МО ($\text{СКД}_{\text{инт}}^i$) (Приложение №11);

Дифференцированный подушевой норматив финансирования для однородных групп МО ($ДП_n^i$) (Приложение №11);

Тариф на оплату вызова скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне медицинской организации, в случае проведения тромболизиса (Приложение №29).

3.7. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара (АПП, КС, ДС) установлены:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательной медицинского страхования Астраханской области в расчете на одно застрахованное лицо - 10 256,70 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования ($Пн_{баз}$) (Приложение №11);

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i -ой группы МО ($СКД_{инт}^i$) (Приложение №11);

Дифференцированный подушевой норматив финансирования для однородных групп МО ($ДП_n^i$) (Приложение №11).

4. 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

4.1. Настоящим Тарифным соглашением утверждается перечень неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно Приложению №30 к настоящему соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяет свое действие на отношения, возникшие с 01.01.2019 и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

5.2. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.3. Стороны принимают на себя обязательства обеспечения выполнения настоящего Тарифного соглашения всеми заинтересованными лицами.

5.4. В случае возникновения споров по настоящему соглашению стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

5.5. Не урегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего соглашения разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.6. Любая из сторон Тарифного соглашения вправе внести на рассмотрение Комиссии Астраханской области предложение об индексации тарифов.

5.7. Приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

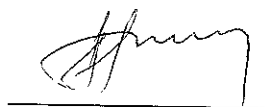
Подписи сторон

1. от министерства здравоохранения
Астраханской области, и.о. министра
здравоохранения Астраханской
области, председатель заседания -



О.С.Гребнева

2. от ТФОМС Астраханской области,
директор - заместитель председателя
заседания -



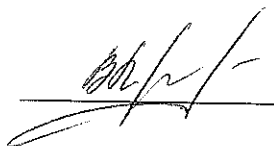
А.Г. Цих

3. от Астраханского филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»,
директор - секретарь заседания



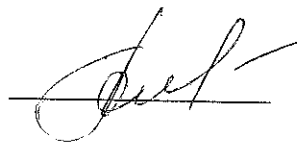
Т.Ю. Шабалина

4. от Филиала АО «МАКС-М»
в г. Астрахани, и.о. директора



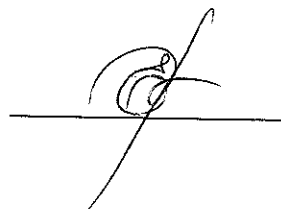
В.А. Лукашев

5. от региональной общественной
организации «Врачебная палата
Астраханской области», председатель



С.А. Ольховская

6.от Астраханской областной
организации профессионального
союза работников здравоохранения
Российской Федерации, председатель



Е.В.Свекольников