

ДОПОЛНЕНИЕ № 9
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
в системе обязательного медицинского страхования населения
Самарской области

" 1 " августа 2017 г.

Министерство здравоохранения Самарской области в лице заместителя председателя Правительства Самарской области - министра здравоохранения Самарской области Гридасова Г.Н., действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области в лице директора Мокшина В.Н., действующего на основании Положения, Ассоциация медицинских страховых компаний Самарской области в лице президента Козлова О.В., действующего на основании Устава, Самарская областная Ассоциация врачей в лице президента Измалкова С.Н., действующего на основании Устава, и Самарская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Климентовой Л.А., действующей на основании Устава, именуемые в дальнейшем Стороны, руководствуясь приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н, заключили настоящее дополнение к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования населения Самарской области о нижеследующем:

С.1 августа 2017 года

1. Внести изменения в Приложение 17, Приложение 18, Приложение 20 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования населения Самарской области.
2. Внести изменения в Приложение 1 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования населения Самарской области:
признать утратившим силу Прейскурант №У-35-01-2017/4-пол. на амбулаторно-поликлинические услуги;
утвердить и ввести в действие Прейскурант №У-35-01-2017/5-пол. на амбулаторно-поликлинические услуги.
3. Изменить в Приложении 1 название Прейскуранта №У-35-01-2017/3-стомат. на услуги амбулаторных стоматологических поликлиник, отделений, кабинетов, входящих в ЛПУ на Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях в стоматологических поликлиниках, отделениях, кабинетах, входящих в медицинские организации (сформированные на основе Классификатора основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной

специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

4. Дополнить Раздел 1 "Общие положения" Тарифного соглашения следующим текстом: "Основные понятия и термины"

Объемы предоставления медицинской помощи – объем предоставления медицинской помощи и финансовых средств на обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания населению Самарской области медицинской помощи за счет средств ОМС, установленный для медицинской организации решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования населения Самарской области (далее – Комиссия).

Субъект первичной медико-санитарной помощи (далее – субъект ПМСП) – медицинская организация (далее – МО) (юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, в том числе индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность), участвующая в реализации территориальной программы ОМС и оказывающая первичную доврачебную медико-санитарную помощь и первичную врачебную медико-санитарную помощь в соответствии с порядками ее оказания.

Исполнитель медицинской помощи – МО, оказавшая застрахованному лицу заказанную медицинскую помощь.

Заказчик медицинской помощи – МО, заказавшая медицинскую помощь в порядке и на условиях, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Самарской области медицинской помощи и Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования (далее – Регламент).

Плательщик медицинской помощи – страховая медицинская организация (далее – СМО), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области (далее – ТФОМС), МО.

Отдельная медицинская услуга (ОМУ) – медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в стационарных условиях, в условиях дневных стационаров, при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

Заказанная медицинская помощь – медицинская помощь, оказанная МО по Территориальной программе ОМС (далее – ТП ОМС) в соответствии с оформленным в установленном порядке направлением заказчика.

Прикрепленный застрахованный – застрахованное лицо, выбравшее МО – субъект ПМСП для оказания первичной медико–санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с действующим законодательством.

Законченный случай – комплекс оказанной медицинской помощи, ограниченной временным интервалом и предоставленной застрахованному лицу при его обращении в МО по поводу получения первичной медико–санитарной помощи (включающей в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно–гигиеническому просвещению населения), специализированной медицинской помощи, скорой медицинской помощи, в рамках страхового случая или связанных между собой нескольких страховых случаев.

Посещение – комплекс всех оказанных лечебно–диагностических амбулаторно–поликлинических услуг субъектом ПМСП его прикрепленному застрахованному в виде контакта пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме, медсестрой кабинета врача общей практики по поводу страхового случая с применением необходимых диагностических исследований и лечебных манипуляций с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановки диагноза, профилактики, реабилитации и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания, включающий комплекс диагностических, лечебных и организационных мероприятий, оказанных пациенту в амбулаторных условиях.

Экстренная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Заказчиком экстренной медицинской помощи для застрахованного лица считается субъект ПМСП, выбранный застрахованным лицом для оказания первичной медико–санитарной помощи в соответствии с действующим законодательством.

Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Плановая медицинская помощь – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения обязательного медицинского страхования – объем финансовых средств, предназначенных для финансирования СМО, в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста, территории проживания.

Подушевой норматив финансирования МО – объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, рассчитанный с учетом дифференцированных подушевых нормативов.

ССМП – станция (подстанция) скорой медицинской помощи или подразделение скорой медицинской помощи, входящее в состав МО.

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.

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 (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 затратно-емкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской 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 по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратно-емкости – коэффициент затратно-емкости клинико-статистической группы заболеваний (КСГ) или клинико-профильной группы заболеваний (КПГ), отражающий отношение ее затратно-емкости к базовой ставке.

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

Управленческий коэффициент - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы (КСГ) или клинико-профильной группы (КПГ) с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группы (КСГ) или клинико-профильной группы (КПГ).

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 и рассчитанный в соответствии с установленными правилами.

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 учётом 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 услуг, установленных методическими рекомендациями.

Прерванный случай оказания медицинской помощи – случай госпитализации, в процессе которой по тем или иным причинам не выполнена необходимая технологическая совокупность медицинских услуг, в связи с чем клинический результат не достигнут.

5. В абзаце 1 пункта 1.3. Раздела 1 "Общие положения" исключить слова по тексту Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования населения Самарской области "жителям Самарской области".

6. В абзаце 2 пункта 3.3. Раздела 3 "Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи" исключить после слов "расходы на арендную плату за пользование имуществом" слова по тексту "эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи".

7. В абзаце 7 пункта 3.3. Раздела 3 "Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи" исключить после слов "за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации" слова по тексту ",а также доплаты водителям и младшему медицинскому персоналу медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за участие в оказании медицинской помощи;".

8. Исключить абзац 9 в пункте 3.3. Раздела 3 "Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи":

"За счет средств ОМС осуществляются денежные выплаты стимулирующего характера (надбавки) работникам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи: врачу - 5 000 рублей в месяц, фельдшеру - 3 500 рублей в месяц, медицинской сестре - 2 500 рублей в месяц."

9. Настоящее дополнение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

Заместитель председателя Правительства
Самарской области - министр
здравоохранения Самарской области



Г.Н. Гридасов

Директор ТФОМС
Самарской области



В.Н. Мокшин

Президент Ассоциации медицинских
страховых компаний Самарской области



О.В. Козлов

Президент Самарской областной
Ассоциации врачей



С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



Л.А. Климентова