

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования Самарской области
на 2020 год

24 декабря 2019 г.

Министерство здравоохранения Самарской области в лице министра здравоохранения Самарской области Ратманова М.А., действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области в лице директора Романова В.Е., действующего на основании Положения, страховая медицинская организация АО СК "АСКОМЕД" в лице первого вице-президента Козлова О.В., действующего на основании доверенности № 7 от 09.01.2009 года, страховая медицинская организация АО "МАКС-М" в лице исполняющего обязанности директора филиала АО "МАКС-М" в городе Самаре Засыпкина М.Ю., действующего по доверенности №13(мед), Медицинская профессиональная некоммерческая организация "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 Сивохиной Т.А., действующей на основании Устава, именуемые в дальнейшем представители, руководствуясь приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФФОМС) от 21 ноября 2018 года № 247 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 года № 108н, постановлением Правительства Самарской области от 05.04.2012 № 160 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заключили настоящее Тарифное соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Предметом настоящего Соглашения являются взаимоотношения сторон по формированию тарифов для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) за счет средств обязательного медицинского страхования.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС способами оплаты медицинской помощи в зависимости от условий оказания медицинской помощи и норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

Основными целями Соглашения являются:

предоставление гражданам (застрахованным лицам) равных условий в получении качественной, доступной, бесплатной медицинской помощи в рамках ТП ОМС Самарской области;

приведение в соответствие плановых затрат страховых медицинских организаций (далее - СМО) на оказание медицинской помощи застрахованным лицам и объемно-финансовых нормативов ТП ОМС;

обеспечение соответствия плановых доходов и расходов медицинских организаций объемам предоставления медицинской помощи, утвержденным Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия);

приведение тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС в соответствие с нормативами ТП ОМС.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ

Объемы предоставления медицинской помощи – объем предоставления медицинской помощи и финансовых средств на обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств ОМС, установленный для медицинской организации решением Комиссии.

Субъект первичной медико–санитарной помощи (далее – субъект ПМСП) – медицинская организация (далее - МО) (юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы собственности, 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 гражданам медицинской помощи в Самарской области 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 лечебно–диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает

выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

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).

Оплата медицинской помощи по КСГ - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости 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 методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратоемкости – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний (КСГ) к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

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 (КСГ) с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний.

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 пациента – 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 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 методическими рекомендациями.

Прерванный случай оказания медицинской помощи—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.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. При реализации ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) – в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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);

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 ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);

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 клинико-статистические группы заболеваний);

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;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний);

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;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (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;

при оплате долечивания в условиях санатория:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний);

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.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, 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. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора

таргетной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам, за единицу объема медицинской помощи принимаются:

при оказании медицинской помощи (кроме стоматологической) в амбулаторных условиях – посещение, обращение (законченный случай), оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи - комплексное посещение;

при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – посещение с профилактической и иными целями, а также обращение по поводу заболевания, которое корректируется с учетом количества УЕТ (условная единица трудоемкости);

при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе медицинской реабилитации в специализированных МО, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях МО – случай госпитализации;

при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара – случай лечения;

при оказании медицинской услуги - медицинская услуга;

при оказании скорой медицинской помощи - вызов;

при применении вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) – случай лечения;

при долечивании в условиях санатория – случай госпитализации.

2.3. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации ТП ОМС устанавливается трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на

прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), представлен в Приложении 9.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении 10.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний - далее КСГ), представлен в Приложении 11.

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях, 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 изложен в Приложении 18.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ), представлен в Приложении 12.

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, 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 изложен в Приложении 18.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих скорую медицинскую помощь вне МО, оплата медицинской помощи в которых

осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, представлен в Приложении 13.

Перечень МО, осуществляющих долечивание в условиях санатория, оплата в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний КСГ, представлен в Приложении 14.

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи долечивания в условиях санатория, 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 изложен в Приложении 18.

3.РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС (в том числе на оплату долечивания в условиях санатория) устанавливаются настоящим Соглашением.

Расчет тарифов производится в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"и приказом ФФОМС от 21 ноября 2018 года №247 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения".

Установление тарифов на медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп МО и (или) структурных подразделений МО:

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

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

Отнесение медицинской организации к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется в случае распределения Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Самарской области объемов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Перечень МО (структурных подразделений МО) по уровням оказания медицинской помощи в стационарных условиях представлен в Приложении 2.

В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 4 321,74 рублей;

размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации представлен в Приложении 5;

тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, комплексное посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов представлены в Приложении 1;

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования установлены в Приложении 6;

значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования МО, рассчитанных на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности представлены в Приложении 3;

показатели результативности деятельности и целевые значения установлены в Приложении 22;

порядок применения показателей результативности деятельности и целевых значений, методика расчета размера средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых показателей результативности деятельности установлен в Приложении 18.

Перечень фельдшерских пунктов (ФП), фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), дифференцированных по численности обслуживаемого населения представлен в Приложении 24.

Перечень МО и их структурных подразделений, отвечающих условиям для установления коэффициента дифференциации на прикрепившихся к

медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала представлен в Приложении 25.

При оплате медицинской помощи 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 в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств в размере 10%, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливается повышающий коэффициент в размере 1,1 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (с использованием мобильных медицинских комплексов).

В случае проведения полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в зависимости от работы МО в выходные дни применяется повышающий коэффициент к установленным тарифам в размере 1,1.

В случае оказания стоматологической медицинской помощи для детей мобильными медицинскими бригадами в передвижном мобильном стоматологическом комплексе устанавливается повышающий коэффициент в размере 1,2 к утвержденным тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги, оказываемые мобильными медицинскими бригадами.

В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо - 5859,96 рублей;

перечень групп заболеваний по КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ представлены в Приложении 17;

размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) включенного в КСГ установлена в размере 23 624,35 рублей;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях для МО определены в Приложении 4;

управленческий коэффициент установлен в Приложении 17;

коэффициент сложности лечения пациента определен "Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС" в Приложении 18;

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены в Приложении 1 в Перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленные Разделом 1 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 1319,28 рублей;

размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ установлена в размере 12 272,6 рублей;

перечень групп заболеваний по КСГ с указанием коэффициента относительной затратоемкости КСГ и размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ представлены в Приложении 20;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара для МО определены в Приложении 16;

управленческий коэффициент установлен в Приложении 20;

коэффициент сложности лечения пациента установлен в Приложении 18.

В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 694,98 рублей;

размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи установлен в Приложении 7;

тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в Приложении 1;

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования установлены в Приложении 8;

коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи МО объединенные в однородные группы установлены в Приложении 21.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам определяют уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО.

МО направляют средства, полученные от СМО за оказание медицинской

помощи на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включают расходы непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи в системе ОМС и расходы на обеспечение деятельности МО.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с ТП ОМС Самарской области и включает 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 МО), 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.

Расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу (за исключением структуры затрат тарифа по ВМП), проведение капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения и иные расходы, не включенные в структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 г. №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации",

осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и в структуру тарифа не включаются.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При оказании застрахованным лицам в рамках ТП ОМС первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом "Об обращении лекарственных средств", и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских

изделий, имплантируемых в организм человека, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи, для лечения основного и сопутствующих заболеваний по назначению лечащего врача.

Застрахованные лица, получающие лечение с использованием стационароразмещающих технологий в стационарах круглосуточного пребывания и в круглосуточных стационарах, обеспечиваются лечебным питанием по назначению лечащего врача в соответствии с нормами, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2003 № 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации", от 21.06.2013 № 395н "Об утверждении норм лечебного питания", приказом Министерства здравоохранения СССР от 10.03.86 № 333 "Об улучшении организации лечебного питания в родильных домах (отделениях) и детских больницах (отделениях)".

В тарифах на проведение диализа в условиях дневного стационара пациентам с ХПН учтены расходы на медикаменты, расходные материалы.

3.4. При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 года № 209н "Об утверждении порядка применения классификации операций сектора государственного управления", Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 года № 1 и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановлением Госстандарта России от 26.12.1994 года № 359.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются за счет средств субвенции ФФОМС, в том числе включают расходы на обеспечение деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС.

МО направляют средства, полученные от СМО за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС, на оплату расходов, связанных с

предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС и не используют для иных целей, финансируемых за счет средств бюджетов всех уровней или других источников, а также за счет предпринимательской деятельности.

Оплата медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной лицам, застрахованным на территории Самарской области и за ее пределами, производится по тарифам на оплату медицинской помощи, определенным в Приложении 1, Приложении 17, Приложении 20, Приложении 23 Соглашения с применением установленных коэффициентов:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с применением коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для МО объединенных в однородные группы определенных в Приложении 3;

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров с применением коэффициента уровня оказания медицинской помощи установленного для МО в Приложении 16, управленческого коэффициента установленного в Приложении 20 и коэффициента сложности лечения пациента определенного в Приложении 18;

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с применением коэффициента уровня оказания медицинской помощи установленного для МО в Приложении 4, управленческого коэффициента установленного в Приложении 17 и коэффициента сложности лечения пациента, определенного в Приложении 18;

- в части медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного и дневного стационара устанавливаются базовые тарифы на оплату диализа (код услуги A18.05.002 "Гемодиализ") в размере 5 093 рублей и перитонеального диализа (код услуги A18.30.001 "Перитонеальный диализ" в размере 4 000 рублей.

Правила отнесения законченного случая лечения к соответствующей КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров определены в Приложении 19.

3.6. Решение о направлении поступившего объема финансовых средств на ту или иную предметную статью классификации операций сектора государственного управления, относящегося к расходам бюджета, принимается руководителем МО с учетом соблюдения принципа эффективного и рационального использования средств обязательного медицинского страхования, при условии соблюдения натуральных норм по продуктам питания, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение и питание со стороны застрахованных, отсутствия кредиторской задолженности.

МО ведут отдельный аналитический учет поступления и расходования финансовых средств по видам и условиям оказания медицинской помощи.

3.7. В рамках ТП ОМС сверх базовой программы ОМС выделены межбюджетные трансферты из областного бюджета бюджету ТФОМС Самарской области на долечивание жителей Самарской области в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения в медицинских учреждениях Самарской области, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области (далее - долечивание в условиях санатория).

МО оказывающие медицинскую помощь по долечиванию в условиях санатория применяются тарифы установленные в Приложении 23.

3.8. Расходование средств обязательного медицинского страхования, несоответствующее полностью или частично целям, определенным настоящим Соглашением является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе направление средств ОМС на:

возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС, а также для возмещения расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой предусмотрено из других источников;

возмещение расходов по медицинской помощи, не предусмотренной лицензией МО;

возмещение расходов, не включенных в структуру тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС;

цели, не предусмотренные условиями договора между СМО и МО;
необоснованное получение МО средств обязательного медицинского страхования;

оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС;

расходование средств ОМС на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

При установлении фактов нецелевого расходования средств обязательного медицинского страхования, МО обязана возвратить эти средства в бюджет ТФОМС Самарской области.

3.9. ТФОМС осуществляет контроль целевого использования средств обязательного медицинского страхования в МО, работающих в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

3.10. Изменение и индексация тарифов осуществляется путем внесения изменений в настоящее Соглашение.

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. ТФОМС Самарской области и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО (или ТФОМС Самарской области), в соответствии с "Перечнем нарушений, выявленных по результатам контроля

объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и размеры финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования", представленными в Приложениях 15.

4.2. При применении финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, ТФОМС, СМО и МО руководствуются Приложениями Соглашения, действовавшего в момент оказания медицинской помощи.

4.3. Отдельные вопросы организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию определяются Приложением 18 "Регламент применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС".

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01.01.2020 года и действует до принятия нового Соглашения.

5.2. По взаимному согласию представителей или в соответствии с законодательством Российской Федерации в настоящее Соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, являющиеся его неотъемлемой частью.

5.3. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

5.4. По всем вопросам, не урегулированным настоящим Соглашением, представители будут руководствоваться действующим законодательством.

Министр здравоохранения
Самарской области



М.А. Ратманов

Директор ТФОМС Самарской области



В.Е. Романов

Первый вице-президент АО СК
"АСКОМЕД"



О.В. Козлов

И.о. директора филиала АО "МАКС-М"
в городе Самаре



М.Ю. Засыпкин

Президент Медицинской профессиональной
некоммерческой организации "Самарская
областная Ассоциация врачей"



С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



Т.А. Сивохина