

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ **в системе обязательного медицинского страхования Калининградской** **области на 2020 год**

г. Калининград

30 декабря 2019 года

Настоящее соглашение заключено между органом исполнительной власти Калининградской области, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и профессиональными союзами медицинских работников (далее - Тарифное соглашение), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Тарифная комиссия) и в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2018 года №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Законом Калининградской области от 02 декабря 2019 года № 348 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов», постановлением Правительства Калининградской области от 31 декабря 2019 года № 910 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

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

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

I. Общие положения

1. Перечень основных понятий и терминов, используемых в Тарифном соглашении

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее тарифы) – сумма возмещения расходов медицинских

организаций за оказанную медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС на единицу объема медицинской помощи.

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

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

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

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

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

II. Способы оплаты медицинской помощи

1. Общие положения при оплате медицинской помощи

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи проводится дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, устанавливаемых в соответствии с пунктом 2 настоящего раздела, по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи, количества фельдшерско-акушерских пунктов.

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

до года мужчины/женщины;

год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
 восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
 шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи производится на основании Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, утвержденного на соответствующий финансовый год.

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

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

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

2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

Законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС, в том числе при оказании стоматологической помощи – обращение по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений, в том числе первичных и повторных по поводу одного заболевания. Обращением (законченным страховым случаем оказания медицинской помощи по поводу заболевания) в амбулаторных условиях является объем выполненных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает исход в виде выздоровления, улучшения, направления пациента на лечение в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Счет на оплату формируется в конце эпизода оказания медицинской помощи (при последнем посещении больного) с указанием исхода заболевания в соответствующих позициях счета. На 2020 год средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составляет 2,9 посещения.

Обращением в связи с заболеванием в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС является оказание помощи:

- при остром заболевании от момента обращения пациента до момента окончания эпизода оказания медицинской помощи (выздоровление и др.);
- при обострении хронического заболевания (от момента обращения пациента по поводу обострения заболевания до периода достижения ремиссии, улучшения состояния, направления пациента в дневной или круглосуточный стационар);

- при осложнениях беременности, заболеваниях, осложнивших беременность, от момента выявления осложнения беременности, острого заболевания (обострения хронического заболевания), осложнившего беременность до момента выздоровления, достижения ремиссии, улучшения состояния, направления пациентки в дневной или круглосуточный стационар;

- при проведении диспансерного наблюдения пациента в течение месяца.

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

С учетом характера заболевания в процессе оказания медицинской помощи могут применяться различные методы инструментальной и лабораторной диагностики.

Определенный перечень исследований, который не включен в подушевой норматив финансирования в 2020 году - компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, проводится при наличии направления врача медицинской организации, в которой пациент получает первичную медицинскую помощь (прикрепленное население).

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

посещения с иными целями включают:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

- разовые посещения в связи с заболеваниями;

- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

- комплексное посещения центров здоровья;

- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

- посещения в связи с выдачей справок и иных медицинских документов по результатам мероприятий, включенным в Программу ОМС;

- посещения в связи с другими причинами;

посещения с профилактическими целями включают:

- комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, а также первичное посещение в календарном году в рамках диспансерного наблюдения;

- комплексные посещения в связи с проведением диспансеризации;

- посещения с иными целями.

Комплексные посещения в связи с проведением профилактических медицинских осмотров и диспансеризации регламентируются приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован Минюстом России 24 апреля 2019 г., № 54495),

от 10 сентября 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрирован Минюстом России 18 августа 2017 г., № 47855);

от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2013 г., № 27964);

от 11 апреля 2013 г. № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрирован Минюстом России 21 мая 2013 г., № 28454).

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

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

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

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

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

- 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 обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, (используется при оплате отдельных диагностических исследований, включая компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические исследования, гистологические исследования, молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии и т.д.).

2.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

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

- финансовое обеспечение ФАПов, ФП;
- оплату проведения 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 (Приложение № 3.3.10.1);
- проведение профилактических медицинских осмотров;
- проведение диспансеризации взрослого и детского населения, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы исследований;
- медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- стоматологическую медицинскую помощь;
- проведение услуг диализа;
- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.5.2. При оплате амбулаторной медицинской помощи за счет средств сверх базовой программы ОМС применяются следующие способы оплаты:

- за единицу объема медицинской помощи - за посещение с профилактическими и иными целями, за обращение (законченный случай оказания медицинской помощи, включающий два и более посещения).

Обращение в рамках сверх базовой Программы:

- оказание первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях при: заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе, связанные с употреблением психоактивных веществ;

Разовые посещения с профилактическими и иными целями в рамках сверх базовой Программы:

- профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ);

- оказание паллиативной медицинской помощи, включая выездные формы оказания медицинской помощи;

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

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

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

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

Оплата диагностических компьютерных томографических, магнитно-резонансных исследований нескольких анатомических областей с применением контрастного вещества производится исходя из набора проведенных услуг по направлению медицинской организации-фондодержателя.

При однократном введении контрастного вещества в реестр на оплату основная услуга включается как исследование с контрастированием, остальные – как услуги, проведенные без контрастирования.

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

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

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

2.5.7. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считаются завершенными в случае выполнения в течение года, в том числе в период, предшествующий мероприятию, не менее 85% от объема установленных медицинских услуг, включая обязательные исследования.

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

2.5.9. Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в размере тарифа законченного случая проведенного мероприятия при выполнении полного перечня исследований, предусмотренных законодательством. В случае предоставления на оплату законченного случая указанных профилактических мероприятий, при которых часть исследований проведена в период, предшествующий мероприятию, размер оплаты определяется стоимостью проведенных медицинских услуг непосредственно в период мероприятия.

2.5.10. Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется по тарифу стоимости проведенных медицинских услуг (посещения врачей – специалистов и т.д.).

2.5.11. Оплата профилактических мероприятий, проведенных в условиях передвижного мобильного комплекса, оплачивается по тарифу с применением коэффициента, указанного в (Приложении № 3.3.5).

2.5.12. Оплата индивидуального или группового углубленного профилактического консультирования в рамках второго этапа диспансеризации осуществляется при его проведении в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) для граждан в размере установленного тарифа.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1. Основные понятия и термины

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

Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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 (БС) – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

Коэффициент относительной затратно-емкости (КЗ) – устанавливаемый методическими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации (КД) – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

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

Управленческий коэффициент (УК) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций

и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе;

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

Коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

Подгруппа в составе клинко-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинко-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинко-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.

Методические рекомендации – «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Калининградской области и Федерального фонда ОМС (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС от 12.12.2019 года №11-7/И/2-11779, №17033/26-2/и)

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

3.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

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

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

- 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, летальным исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, на которые Программой ОМС установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

- услуг диализа, включающих различные методы;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психиатрические расстройства и расстройства поведения);

- паллиативной медицинской помощи;

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

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

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

В случае, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности три дня и менее – в размере 80% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более трех дней – 85% от стоимости КСГ.

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

- при длительности три дня и менее – в размере 30% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более трех дней – 55% от стоимости КСГ.

3.3.6. Оплата прерванных случаев лечения в рамках сверх базовой Программы ОМС осуществляется в неполном объеме по профилям: «венерология» и «наркология» с длительностью 5 дней и менее осуществляется в размере 30% от стоимости случая лечения, при длительности лечения более 5

дней, но менее 11 дней в размере 70 %, по профилю «инфекционные болезни» (в части лечения заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека) при длительности 10 дней и менее в размере 30% от стоимости случая, при длительности лечения более 10 дней, но менее 22 дней в размере 70% от стоимости случая.

3.3.7. Оплата по профилю «паллиативная медицинская помощь» при лечении пациентов более месяца производится с указанием исхода заболевания «продолжает болеть», при длительности лечения меньше отчетного периода оплата осуществляется пропорционально стоимости лечения в полном календарном периоде.

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

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

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

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

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

где

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

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

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

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

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

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

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

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

O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

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

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

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

Оплата по двум КСГ осуществляется при проведении реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

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

3.3.13. Оплата по двум КСГ в рамках одной госпитализации в круглосуточном стационаре проводится по общим правилам, в том числе если

один или оба случая лечения являются прерванными (оплата осуществляется в неполном объеме).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

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

Базовая ставка (БС) – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных «Методическими рекомендациями» (средняя стоимость законченного случая лечения).

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

Коэффициент дифференциации (КД) – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

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

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

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами.

Коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

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

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

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

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

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

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

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

4.3.5. Оплата по двум КСГ в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС при одном случае лечения в дневном стационаре производится при переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое, в случае возникновения нового заболевания или состояния (входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования

основного заболевания), а также в случае продолжения лечения в дневном стационаре по профилю «медицинская реабилитация» после окончания лечения по другому профилю оказания медицинской помощи.

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

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

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

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

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

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

5. Оплата случаев экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)

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

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

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

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

5.3. Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, но представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с

криоконсервацией эмбрионов.

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

6. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

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

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

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

7. Способы оплаты скорой медицинской помощи вне медицинской организации

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

7.2. Оплата 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), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

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

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

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

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

7.4. Оплата скорой специализированной медицинской помощи, оказанной в рамках сверх базовой Программы ОМС (включая санитарно – авиационную эвакуацию), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

7.5. Оплата скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС, производится в соответствии с зонами обслуживания населения, которые утверждены совместным приказом Министерства здравоохранения Калининградской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области от 30 декабря 2019 года №926/605 «Об утверждении количества бригад скорой медицинской помощи, перечня зон обслуживания медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь на 2020 год, а также признании утратившим силу приказ от 29.12.2018 №781/502»

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

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

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

Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, - по подушевому нормативу финансирования (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) Приложение № 2.5.1.

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

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

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

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

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

1. Общие положения

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

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

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

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

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

1.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об

утверждении Правил обязательного медицинского страхования, «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС», Приказа Федерального фонда ОМС от 21.11.2018 №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

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

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

- базовой программы ОМС в сумме 4 288,05 рублей;
- на финансовое обеспечение сверх базовой Программы ОМС в сумме 367,50 рублей;

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования – 1 988,04 рублей (в месяц -165,67 рублей).

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

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

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

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

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

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

2.6.2. Классификатор основных медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), подлежащих оплате по обязательному медицинскому страхованию (приложение № 3.3.6), среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для

обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной амбулаторной стоматологической помощи в медицинских организациях Калининградской области в 2019 году составляет 3,9 УЕТ в одном посещении, 9,6 УЕТ в одном обращении.

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

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

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

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

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

4.

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

3.1.1. базовой Программы ОМС в сумме 5 629,70 рублей;

3.1.2. сверх базовой Программы ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 784,30 рублей.

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

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

3.2.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ в рамках сверх базовой Программы ОМС – 80 636,03 рублей.

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

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

3.3.2 в рамках сверх базовой Программы ОМС (Приложение № 3.4.1.1).

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

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

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

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

3.8. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

- управленческий коэффициент (Приложение № 3.4.1);
- коэффициент уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 3.4.7);

- коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) (Приложение № 3.4.8).

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

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

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

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

- 4.1.1. базовой Программы ОМС в сумме 1 237,56 рублей;

- 4.1.2. сверх базовой Программы ОМС в сумме 40,60 рублей.

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

- 4.2.1. размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ - 12 522,50 рубля;

- 4.2.2. размер средней стоимости законченного случая лечения (сверх базовая ставка), включенного в КСГ – 15 695,00 рубля.

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

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

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

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

4.6. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

- управленческий коэффициент - 1;

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 3.5.4).

- КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) (Приложение № 3.5.5).

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

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

5.1.1. базовой Программы ОМС в сумме 689,98 рублей;

5.1.2. сверх базовой Программы ОМС в сумме 56,50 рублей.

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования – 683,64 рубля (56,97 рублей в месяц).

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

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

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

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

6. Тарифы на оплату случаев лечения при оказании услуг диализа

6.1. Базовый тариф на оплату услуг гемодиализа 5 679,55 рублей.

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

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

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

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

V. Заключительные положения.

1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2020 года и действует по 31.12.2020 года.

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

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

4. Базовые тарифы могут индексироваться в случае поступления дополнительных средств на реализацию территориальной программы ОМС в 2020 году сверх утвержденных в законе «О бюджете территориального фонда ОМС Калининградской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов» ассигнований, или в случае перераспределения финансовых средств при исполнении территориальной программы ОМС в 2020 году.

Подписи сторон

Министерство здравоохранения
Калининградской области



Министр
Кравченко Александр Юрьевич

Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Калининградской
области



Директор
Демина Татьяна Владимировна

Страховые медицинские
организации



Исполнительный директор
Калининградского филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

Дивакова
Лариса Владимировна

Медицинские профессиональные
некоммерческие организации



Председатель региональной
общественной организации
«Врачебная палата
Калининградской области»
Краснова Ольга Геннадиевна

Профессиональные союзы
медицинских организаций



Заместитель председателя
Калининградского областного
объединения организаций
профсоюзов
Орлова Елена Васильевна