



Тарифное соглашение
в системе
обязательного
медицинского
страхования
Кемеровской области
на 2018 год



1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	2
2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	2
Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях.....	2
Оплата медицинской помощи в стационарных условиях.....	2
Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара.....	2
Оплата скорой медицинской помощи.....	2
3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	2
Тарифы для медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.....	2
Тарифы для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.....	2
Тарифы для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.....	2
Тарифы для скорой медицинской помощи.....	2
Структура тарифов.....	2
4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	2
5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	2

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области (далее - ДОЗН), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области (далее - ТФОМС), Страховые медицинские организации (далее - СМО), Кемеровская областная ассоциация врачей и Областная организация профсоюза работников здравоохранения в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили Тарифное соглашение по реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - ТПОМС).

1.2. Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в системе ОМС осуществляется в соответствии с законодательством РФ, нормативными документами Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Министерства здравоохранения Российской Федерации, правовыми актами Кемеровской области и настоящим Тарифным соглашением.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, по условиям оказания медицинской помощи и способам оплаты установлен в Приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории Кемеровской области, производится по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением, в пределах объемов и стоимости медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке ТПОМС (далее - Комиссия). Ограничение по объемам не применяется к медицинской помощи, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу, при проведении взаимных расчетов между медицинскими организациями - за единицу объема.

Распределение плановых показателей объемов и стоимости медицинской помощи между медицинскими организациями и между страховыми медицинскими организациями производится в рамках объемов и стоимости медицинской помощи, утвержденных ТПОМС, решением Комиссии. Контроль соответствия фактических объемов медицинской помощи плановым объемам в целом по медицинской организации (с учетом данных по всем СМО) обеспечивается ТФОМС в рамках централизованного расчета стоимости медицинской помощи в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

Взаимодействие между участниками обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с договорами в сфере обязательного медицинского страхования, Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС и настоящим Тарифным соглашением.

ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

2.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется:

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за условную единицу трудоемкости (УЕТу) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, и при оказании внешних услуг неприкрепленным застрахованным).

2.2. Подушевой норматив предусматривает оплату собственной деятельности поликлиники, внешних консультаций и обследований, оказанных на амбулаторном этапе застрахованным прикрепленным гражданам, включая услуги приемного и приемно-диагностического отделения стационаров без последующей госпитализации. Оплата

посещений¹, услуг, оказанных застрахованным гражданам вне поликлиники прикрепления, осуществляется по утвержденным тарифам. Посещения, услуги, оказанные неприкрепленным ни к одной медицинской организации гражданам, в том числе застрахованным за пределами Кемеровской области, оплачиваются по тарифам. Тариф посещения включает расходы на посещение специалиста и расходы вспомогательных лечебно-диагностических подразделений на проведение необходимых диагностических исследований и лечебных процедур (за исключением КТ, МРТ и МСКТ).

2.3. При расчете подушевого норматива, не учитываются средства на оплату:

- стоматологической помощи;
- медицинских услуг в центрах здоровья;
- посещений, медицинских услуг кожно-венерологического диспансера;
- посещений по неотложной помощи (дополнительная часть);
- отдельных медицинских услуг (в соответствии с Приложением 10 к Тарифному соглашению);
- законченных случаев диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (1 этап);
- медицинской помощи, предоставляемой застрахованным гражданам Кемеровской области за пределами области;
- раннего выявления онкологических заболеваний.

2.4. Медицинские организации финансируются по дифференцированным подушевым нормативами, установленным для групп, сформированных на основе интегрированного коэффициента дифференциации.

2.5. Оплата медицинской помощи по видам, не включенным в подушевой норматив (пункт 2.3 Тарифного соглашения), производится за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением в рамках плановой стоимости.

2.6. В реестр счетов не включаются и не подлежат оплате посещения при финансировании по подушевому нормативу или тарифам посещения, выполненные застрахованными в рамках прохождения диспансеризации (1 этап), периодических медицинских осмотров, предъявляемые в дальнейшем к оплате как законченный случай.

¹ Здесь и далее термин посещение включает также консультацию, обращение.

2.7. Для учета амбулаторной стоматологической помощи используется классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ (Приложение 2 к Тарифному соглашению). Оплата стоматологической помощи производится за условную единицу трудоемкости (УЕТ) в пределах согласованной стоимости.

ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

2.8. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется:

- по утвержденным тарифам за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы в соответствии с Инструкцией по группировке случаев или группы ВМП);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи.

2.9. Стоимость законченного случая лечения на основе клинико-статистических групп определяется с учетом следующих параметров:

- базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

- коэффициент относительной затратоемкости КСГ;

- поправочные коэффициенты:

- а) управленческий коэффициент;

- б) коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи;

- в) коэффициент сложности лечения пациента.

2.10. С учетом неравномерного потребления медицинской помощи в течение года устанавливается коридор риска для случаев госпитализации – 103% - допустимое отклонение от плана на текущий месяц.

2.11. Оплата случаев медицинской помощи в приемном, приемно-диагностическом отделении без последующей госпитализации в профильное отделение, осуществляется по взаиморасчетам за услугу. Проведение КТ, МРТ, МСКТ оплачивается дополнительно. Услуги, оказанные неприкрепленным ни к одной медицинской организации гражданам, в том числе застрахованным за пределами Кемеровской области, оплачиваются по тарифам.

2.12. Оплата процедур диализа осуществляется за услугу и оплачивается дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. При пожизненном характере проводимого лечения случай

лечения подается к оплате один раз в месяц с учетом количества услуг диализа. В случае если госпитализация пациента по основному заболеванию и диализ проводятся в 2-х разных медицинских организациях, оплата производится по КСГ основного заболевания для медицинской организации, в которую госпитализирован пациент, и дополнительно за оказанные услуги для медицинской организации, в которой проводится диализ.

2.13. Оплата высокотехнологичной помощи осуществляется в пределах установленных годовых объемов и стоимости. При заполнении реестров медицинской организацией указывается признак ВМП. Отнесение случая к ВМП осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным ТПОМС.

ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

2.14. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется:

- по утвержденным тарифам за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы в соответствии с Инструкцией по группировке случаев);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи.

2.15. Стоимость законченного случая лечения в условиях дневного стационара определяется на основе клинико-статистических групп с учетом следующих параметров:

- базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара;

- коэффициент относительной затратоемкости КСГ;

- управленческий коэффициент.

2.16. С учетом неравномерного потребления медицинской помощи в течение года устанавливается коридор риска для случаев госпитализации – 103% - допустимое отклонение от плана на текущий месяц.

2.17. Оплата процедур диализа осуществляется за услугу и оплачивается дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. Случай лечения подается к оплате один раз в месяц с указанием количества процедур диализа. В случае если госпитализация пациента по основному заболеванию и диализ проводятся в 2-х разных медицинских организациях, оплата производится по КСГ основного заболевания для медицинской организации, в которую госпитализирован пациент, и дополнительно за оказанные услуги для медицинской организации, в которой проводится диализ.

2.18. В случае проведения в ЦАХ, ЦАГ, стационаре одного дня нескольких оперативных вмешательств в 1 день, на оплату предъявляется

оперативное вмешательство, относящееся к КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратоемкости.

В случае проведения оперативного вмешательства, услуг по медицинской реабилитации, отнесение случая лечения к КСГ осуществляется только по коду Номенклатуры. Отнесение случая лечения по коду МКБ-10 исключается.

ОПЛАТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.19. Оплата скорой медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу на число застрахованных лиц обслуживаемого населения в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.20. Обслуживаемым населением считаются застрахованные граждане, прикрепившиеся к первичному звену на территории обслуживания ССМП. При оказании медицинской помощи застрахованному, не относящемуся к обслуживаемой территории, оплата медицинской помощи осуществляется за вызов. Стоимость вызовов, оказанных населению территории, которая не относится к зоне обслуживания ССМП, удерживается из начисленного подушевого норматива скорой медицинской помощи, которая территориально обслуживает данных застрахованных.

2.21. При расчете подушевого норматива не учитываются средства на оплату тромболизиса у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, дистанционного ЭКГ и медицинской помощи, предоставляемой застрахованным гражданам Кемеровской области за пределами области.

2.22. Оплата проведения тромболизиса у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда выездными бригадами скорой медицинской помощи проводится дополнительно за случай (отдельные медицинские услуги) в пределах согласованных объемов.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи сформированы в соответствии с принятыми в ТПОМС способами оплаты медицинской помощи, с учетом требований, установленных методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной в составе правил ОМС, в пределах средств, утвержденных в бюджете ТФОМС на выполнение ТПОМС, и определяют уровень возмещения затрат медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь по ТПОМС.

3.2. Утвержденные тарифы включают расходы:

в стационаре - в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания, а также сопутствующего, фонового заболевания в стадии обострения или требующего постоянной поддерживающей терапии, в том числе:

- расходы приемного отделения,
- профильного отделения,
- отдельные медицинские услуги, за исключением диализа,
- консультации специалистов, в том числе из других медицинских организаций,
- расходный материал, используемый при оперативных вмешательствах, в том числе импортный шовный материал,
- сетчатые имплантаты для герниопластики (всех производителей, в том числе титановые),
- металлоконструкции (в том числе импортного производства: винты, в т.ч. динамические, канюлированные, шурупы, пластины, стержни, погружные фиксаторы, металлоимплантаты винтовые, пористые, в т.ч. из сплава Ti-Ni, стягивающие скобы с эффектом «памяти формы», и др.),
- кейджи всех производителей, применяемых для стабилизирующих оперативных вмешательств на позвоночнике, в т.ч. при лечении заболеваний позвоночника (спондилодез),
- плазмаферез, гемосорбция,

– оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными методами, с использованием лазерных технологий и эндоскопическими методами, в т.ч. артроскопическими,

– все виды анестезии, включая наркоз (лекарственными препаратами, входящими в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств),

– лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с действующими нормативными документами и перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

– лабораторные (в том числе ПЦР диагностика), рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебная физкультура, аппаратное лечение, блокады с медикаментами, входящими в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, денситометрия и т.д.;

в дневном стационаре - в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания и сопутствующего, фонового в стадии обострения или требующего постоянной поддерживающей терапии, в том числе: расходы профильного дневного стационара, консультации специалистов, лабораторные, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физио-терапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, аппаратное лечение, а также затраты на лечебные манипуляции и процедуры по показаниям, медикаментозную терапию, в том числе с использованием парентеральных путей введения, и обеспечение медицинскими изделиями, на лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии действующими нормативными документами и перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов, применяемых при оказании медицинской помощи;

в амбулаторных условиях - тариф посещения в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного и/или сопутствующего заболевания, в том числе: расходы на проведение операций (манипуляций), физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, услуги процедурного кабинета, проведение рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических и прочих диагностических исследований.

- тариф на законченный случай проведения I этапа диспансеризации, профилактических и периодических медицинских осмотров, - проведение всего объема осмотров, исследований и иных мероприятий, предусмотренных соответствующими нормативными документами (за исключением расходов на проведение осмотра врачом-психиатром);

- в стоматологии (стоимость УЕТы) - в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания, в том числе: расходы соответствующего кабинета, оперативные пособия, все виды анестезии, включая наркоз, лечебно-диагностические исследования, визиография, лекарственное обеспечение при оказании неотложной помощи; лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, пломбирочные и другие расходные материалы в т.ч. импортного производства, необходимые для оказания стоматологической помощи и т.д.;

при оказании скорой медицинской помощи - в объеме, обеспечивающем оказание скорой и неотложной медицинской помощи, лекарственное обеспечение для оказания скорой и неотложной помощи.

3.3. Для расчета стоимости согласованных объемов медицинской помощи по медицинским организациям используются усреднённые тарифы и нормативы (Приложение 3).

3.4. Стоимость согласованных объемов по медицинским организациям и страховым медицинским организациям сбалансирована со стоимостью ТПОМС на текущий финансовый год за минусом расходов на медицинскую помощь, оказываемую застрахованным Кемеровской области за пределами области, и затрат на административно-управленческий персонал в системе ОМС.

ТАРИФЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

3.5. Средний норматив финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, определённый на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных ТПОМС, - 4 568,9 рублей.

3.6. Подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, на одно прикрепившееся застрахованное лицо составляет 305,42 руб. в месяц, в том числе базовая часть 290,15 рублей.

3.7. Базовый (средний) подушевой норматив дифференцируется в разрезе групп медицинских организаций, имеющих прикрепившееся население, на основе факторов, объективно характеризующих различия потребности прикрепившегося населения в медицинской помощи и особенности организации медицинской помощи. Для этого используется интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива (Приложение 4).

3.8. Интегрированный коэффициент дифференциации определяется как произведение:

- Половозрастного коэффициента, рассчитанного с учетом коэффициентов потребления медицинской помощи по половозрастным группам (Приложение 5);
- Коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов).

3.9. В целях повышения эффективности деятельности медицинских организаций по оказанию амбулаторной медицинской помощи прикрепившемуся населению, и компенсации рисков, возникающих при подушевой оплате часть средств - 10% от подушевого норматива (стимулирующая часть подушевого норматива) - передается на основе ежемесячной оценки показателей деятельности (Приложения 6, 7).

3.10. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установлены:

- на посещение, обращение к врачу по специальностям, по видам приема (Приложение 8);
- на медицинские услуги, включая услуги приемного, приемно-диагностического отделений стационаров (Приложение 9);
- на отдельные медицинские услуги (Приложение 10);
- на законченный случай диспансеризации (пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; 1 этап диспансеризации отдельных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров, 1 этап (Приложение 11).

3.11. Для расчетов между учреждениями в рамках централизованного расчета стоимости медицинской помощи применяются тарифы, установленные Тарифным соглашением. При формировании реестров счетов учитываются все услуги, оказанные неприкрепленным пациентам по утвержденным тарифам. Взаиморасчеты за оказанную медицинскую помощь между медицинскими организациями учитываются в рамках централизованного расчета, выполняемого ТФОМС. Реестр счетов по медицинской организации включает все выполненные объемы медицинской помощи. Сводный счет уменьшается на объем средств, подлежащих перечислению другим медицинским организациям за медицинские услуги.

ТАРИФЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

3.12. Средний норматив финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определённый на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных ТП ОМС - 5 887,4 руб.

3.13. Базовая ставка случая лечения в стационарных условиях составляет 20 150 руб. Базовая ставка может пересматриваться ежеквартально с учетом фактического выполнения утвержденных объемов и стоимости стационарной помощи.

3.14. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости и управленческие коэффициенты по группам, стоимость случая по уровням, размер оплаты прерванных случаев приведены в Приложении 12.

3.15. Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи устанавливаются в размере

1-го уровня	0.95
2-го уровня (средневзвешенный)	1.1
2,1	1.23
2,2	1.05
2,3	0.96
3-го уровня (средневзвешенный)	1.3
3,1	1.4
3,2	1.28
3,3	1.15

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи.

Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня, приведен в Приложении 12.

3.16. Коэффициенты сложности лечения пациента:

Проведение сочетанных хирургических вмешательств (Приложение 13)	1,5
Проведение однотипных операций на парных органах и (Приложение 14)	1,5
Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ (Приложение 15)	1,5
Сверхдлительные сроки госпитализаций, обусловленные медицинскими показаниями	Расчетно согласно Приложению 26

Коэффициент сложности лечения пациента при проведении однотипных операций на парных органах и сочетанных хирургических вмешательств не применяется для КСГ 233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)».

Коэффициенты сложности лечения не применяются при оплате высокотехнологичной медицинской помощи.

3.17. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется ФФОМС в соответствии с методическими рекомендациями ФФОМС, за исключением 2.003 «Осложнения, связанные с беременностью, лечение синдрома полиорганной недостаточности у беременных и родильниц» и 233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)». Для этих групп отнесение случая к конкретной группе осуществляется медицинской организацией самостоятельно при формировании реестров.

В соответствии с Инструкцией по группировке случаев отнесение случая к КСГ осуществляется с учетом кода диагноза по МКБ-10 и кода услуги по Номенклатуре. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги приведен в Приложении 17.

3.18. Тарифы на оплату случаев лечения с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи приведены в Приложении 18.

3.19. Порядок оплаты прерванных случаев лечения.

В целях оплаты к прерванным случаям относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, отказе пациента от дальнейшего лечения, самовольном уходе, летальном исходе, а также случаи при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. Размер оплаты прерванных случаев устанавливается для каждой группы (Приложение 12).

3.19.1. Летальные случаи (за исключением случаев досрочной летальности) оплачиваются по тарифу за случай лечения независимо от длительности лечения. Летальные случаи длительностью до суток оплачиваются в размере, установленном для оплаты прерванных случаев в Приложении 12.

3.19.2. При внутрибольничном переводе, в случае если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10, все случаи подлежат оплате по соответствующим КСГ.

3.19.3. При внутрибольничном переводе, если заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая с наибольшим коэффициентом затратоемкости. При этом длительность случая лечения оценивается суммарно по пребыванию в нескольких отделениях.

3.19.4. Исключение составляет класс XV – беременность, роды и послеродовый период (коды МКБ X O00 – O99). Оплата по двум КСГ: 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 4 «Родоразрешение» или 5 «Кесарево сечение» возможна:

- в случае пребывания в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более.

- в случае пребывания в отделение патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по МКБ-10 O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2.

3.20. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая осуществляется в следующих случаях лечения по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ при проведении медицинской реабилитации после завершения лечения по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3.21. Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней, перечень приведен в Приложении 16. Значение коэффициента сложности лечения пациента определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Порядок расчета коэффициента приведен в Алгоритме расчета стоимости медицинской помощи (Приложение 26).

3.22. В случае проведения в стационаре нескольких оперативных вмешательств на оплату предъявляются все оперативные вмешательства. Оплата производится за одно оперативное-вмешательство, относящееся к КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратоемкости. Исключением являются проведение однотипных операций на парных органах и сочетанных хирургических вмешательств в соответствии с Перечнем сочетанных хирургических вмешательств и Перечнем однотипных операций на парных органах и симметричных областях тела (приложения 13, 14).

ТАРИФЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

3.23. Средний норматив финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определённый на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных ТПОМС – 1 027,7 руб.

3.24. Базовая ставка случая лечения в условиях дневного стационара составляет 12 680 руб. Базовая ставка может пересматриваться ежеквартально с учетом фактического выполнения утвержденных объемов и стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

3.25. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратноёмкости и управленческие коэффициенты по группам, стоимость случая, размер оплаты прерванных случаев приведены в Приложении 19.

3.26. Случаи лечения при фактической длительности госпитализации до трех дней включительно оплачиваются в соответствии с Приложением 19 (за исключением КСГ 5 «Эстракорпоральное оплодотворение»).

ТАРИФЫ ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.27. Средний норматив финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определённый на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных ТПОМС – 777,2 руб.

3.28. Размер среднеобластного подушевого норматива для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи составляет 64,20 руб. на 1 застрахованного в месяц.

3.29. При расчете подушевого норматива (Приложение 20) используется интегрированный коэффициент дифференциации. Интегрированный коэффициент дифференциации учитывает половозрастной коэффициент, рассчитанный с учетом коэффициентов потребления медицинской помощи по половозрастным группам (Приложение 21), и коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания.

3.30. Стоимость вызова скорой медицинской помощи для проведения взаиморасчетов в разрезе типов бригад приведена в Приложении 22.

3.31. При формировании реестров счетов учитываются все вызовы, оказанные неприкрепленным пациентам по утвержденным тарифам. Взаиморасчеты за оказанную медицинскую помощь между медицинскими организациями учитываются в рамках централизованного расчета, выполняемого ТФОМС. Реестр счетов по медицинской организации включает все выполненные объемы медицинской помощи. Сводный счет уменьшается на объем средств, подлежащих перечислению другим медицинским организациям за медицинские услуги.

СТРУКТУРА ТАРИФОВ

3.32. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Кемеровской области и включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Подробная информация с перечнем расходов, включенных в тарифы приведена в Приложении 23.

3.33. В структуру тарифа не включаются и не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования расходы медицинских организаций:

- не связанные с деятельностью по ТПОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности;
- на проведение капитального ремонта нефинансовых активов (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения капитального ремонта и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление

и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.);

- на приобретение иммунобиологических препаратов для вакцинации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- на приобретение основных средств стоимостью свыше 100 000 рублей за единицу;

- расходы на оплату получения высшего и/или среднеспециального образования, обучение в ординатуре, интернатуре;

- прочие расходы, финансируемые согласно ТППГ за счет бюджетов всех уровней.

3.34. При наличии нескольких источников финансирования не допускается возмещение общебольничных расходов исключительно за счет средств ОМС. При отнесении расходов по источникам финансирования необходимо определить целесообразные критерии распределения расходов по источникам для статей расходов и утвердить их в учетной политике организации.

3.35. Распределение общебольничных расходов, затрат вспомогательных подразделений по источникам финансирования, а также по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, дневном стационаре, круглосуточном стационаре и СМП) осуществляется одним из следующих способов:

- пропорционально фонду оплаты труда основного персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- пропорционально объему оказываемых медицинских услуг;

- пропорционально доле дохода в общем доходе медицинской организации;

- пропорционально иному выбранному критерию отнесения.

3.36. Доля расходов на текущее содержание медицинских организаций учитывается при расчете тарифов по средней доле затрат

данной группы в общем объеме затрат, сложившихся в системе ОМС за предыдущий финансовый период в разрезе видов медицинской помощи.

3.37. Рекомендуемая доля расходов на административно-управленческий и общехозяйственный персонал не более 25%, для ССМП – до 40%.

4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Оплата медицинской помощи производится с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводимого в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом ФФОМС от 01.12.2010 №230.

4.2. За нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинские организации несут ответственность в соответствии со статьей 40 Федерального закона №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с применением к ним мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.3. Основанием для частичной или полной неоплаты медицинской помощи являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляемого в порядке, утвержденном нормативно-распорядительными документами Минздрава России, Федерального фонда ОМС, ДОН КО и ТФОМС КО.

4.4. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеры применяемых санкций приведены в Приложении 24.

4.5. Рекомендуемые длительности лечения в круглосуточном стационаре по клинико-статистическим группам приведены в Приложении 25.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Отдельные особенности расчета и оплаты стоимости медицинской помощи устанавливаются Алгоритмом расчета стоимости медицинской помощи (Приложение 26).

5.2. В случае если принадлежность гражданина к СМО изменилась в течение периода лечения, посещения распределяются между СМО с учетом фактического страхования в период оказания медицинской помощи, оплату случая лечения производит СМО, в которой пациент был застрахован в начале лечения. В случае если пациент не был застрахован в начале лечения, оплату проводит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

5.3. Стоимость лечения застрахованного, определяется по тарифам, действующим на первое число расчетного месяца. Изменения, внесенные в Тарифное соглашение, вступают в силу с расчетного периода следующего за месяцем принятия решения, если не установлен иной порядок вступления в силу.

5.4. Индексация тарифов на медицинские услуги производится на основании фактического поступления средств на обязательное медицинское страхование.

5.5. Данное Тарифное соглашение распространяется на взаимоотношения сторон в части расчетов за медицинскую помощь с 01.01.2018 до 31.12.2018. Настоящее соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения являются неотъемлемой частью настоящего соглашения с момента их подписания сторонами.

5.6. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие Приложения:

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС, и способы оплаты;

2. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ);

3. Усреднённые тарифы и нормативы для расчета стоимости согласованных объемов медицинской помощи;

4. Подушевые нормативы для финансирования амбулаторной медицинской помощи;

5. Коэффициент половозрастных затрат для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;
6. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций;
7. Целевые показатели результативности деятельности медицинских организаций;
8. Тарифы на посещения, обращения врачей-специалистов;
9. Тарифы на медицинские услуги для проведения межучрежденческих и межтерриториальных расчетов;
10. Тарифы на отдельные медицинские услуги (без проведения взаиморасчетов);
11. Тарифы на законченный случай диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;
12. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости и коэффициенты управленческого воздействия для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, стоимость случая лечения, размер оплаты прерванных случаев;
13. Перечень сочетанных хирургических вмешательств;
14. Перечень однотипных операций на парных органах и симметричных областях тела;
15. Перечень сочетаний разных видов противоопухолевого лечения в рамках 1 госпитализации;
16. Перечень КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания свыше 45 дней;
17. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги;
18. Тарифы на высокотехнологичную медицинскую помощь;
19. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости и коэффициенты управленческого воздействия для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, стоимость случая лечения размер оплаты прерванных случаев;
20. Подушевые нормативы для финансирования скорой медицинской помощи;
21. Коэффициент половозрастных затрат для скорой медицинской помощи;
22. Стоимость вызова скорой медицинской помощи для проведения взаиморасчетов в разрезе типов бригад;

23. Перечень расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи;

24. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафов по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан, и размер санкций;

25. Длительность лечения;

26. Алгоритм расчета стоимости медицинской помощи.