

**Тарифное соглашение
на оплату медицинской помощи в системе обязательного
медицинского страхования в Астраханской области на 2023 год**

г. Астрахань

«31» января 2023 года

Настоящее Соглашение разработано и заключено в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» в целях предоставления гражданам в Астраханской области равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Астраханской области (далее - ТП ОМС).

1.Общие положения

1.1.Участники соглашения:

1. Министерство здравоохранения
Астраханской области в лице министра здравоохранения
Астраханской области - председателя заседания -

A.B. Буркина

2. Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Астраханской области в лице
директора -

C.K. Нахушева

3. Астраханский филиал АО «Страховая
компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора,
действующего на основании Положения об
Астраханском филиале ОАО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед» и доверенности от 01.01.2023 №Д-4/2023
- секретаря заседания

T.Y. Шабалиной

4. Региональная общественная организация
«Врачебная палата Астраханской области» в лице
председателя -

B.B. Думченко

5. Астраханская областная организация
профессионального союза работников здравоохранения
Российской Федерации, в лице председателя -

E.B. Свекольниковой

1.2. Предмет соглашения.

1.2.1. Предметом Соглашения являются тарифы на оплату медицинской
помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию

(далее - тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС), предназначенные для оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках утвержденной ТП ОМС на 2023 год в составе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Астраханской области на 2023 год, утвержденной Постановлением Правительства Астраханской области от 29.12.2022 № 732-П «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Астраханской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее – Программа).

1.2.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций (далее – МО) по выполнению ТП ОМС, с учетом доходной части бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Астраханской области (далее - ТФОМС Астраханской области) на 2023 год.

1.2.3. Тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемой на территории Астраханской области по видам медицинской помощи рассчитываются исходя из средств, сформированных с учетом объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, предусмотренных Программой из средств ОМС на 2023 год. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС на 2023 год сформированы с учетом:

- видов высокотехнологической медицинской помощи, в соответствии с разделом I приложения № 23 Программы;

- разъяснений, содержащихся в письме Министерства здравоохранения РФ «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023-2025 годы» (далее – письмо о формировании и экономическом обосновании ТПГГ);

- методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №31-2/И/2-1075 и №00-10-26-2-06/749 от 26.01.2023) (далее - Методические рекомендации)

и в соответствии с:

- численностью приписного и застрахованного населения;
- объемами медицинской помощи, установленными Комиссией по разработке ТП ОМС (далее – Комиссия) по видам, условиям и формам ее оказания;

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

- показателями доходной части бюджета ТФОМС Астраханской области на 2023 год в соответствии с Законом Астраханской области от 15.12.2022 N 94/2022-ОЗ "О бюджете территориального фонда обязательного медицинского

страхования Астраханской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов".

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

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

1.2.6. Затраты на медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы, в том числе на стерилизацию медицинского инструментария, определяются Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, Перечнем медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, формуллярами лекарственного обеспечения, протоколами, стандартами и т.п., утвержденными в установленном порядке.

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

1.3. Основные понятия и термины

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов;

Медицинская услуга диализа и (или) составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к клинико - статистической группе заболеваний (КСГ) (в условиях дневного стационара при необходимости, в условиях круглосуточного стационара только в сочетании с КСГ или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)).

Медицинское исследование - отдельные диагностические (лабораторные) исследования.

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

Случай госпитализации в круглосуточный стационар (**случай лечения в дневном стационаре**)- случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется

ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющейся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС;

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);

Подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых на территориальном уровне, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по КСГ, с учетом установленных Методическими рекомендациями правил выделения и применения подгрупп;

Оплата медицинской помощи по КСГ - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных (коэффициент специфики, коэффициент уровня/подуровня МО (структурных подразделений МО), коэффициент сложности лечения пациентов) коэффициентов.

Медицинская помощь с применением телемедицинских (дистанционных) технологий включается в стоимость законченного случая, рассчитанного на основе КСГ;

Коэффициент относительной затратоемкости – установлен Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 29.12.2022 №2497 для каждой КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне:

- Коэффициент специфики - корректирует тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ заболеваний, а также применяется с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) МО (структурных подразделений МО);

- Коэффициент уровня МО – устанавливается в разрезе трех уровней МО, отражает разницу в затратах МО (структурного подразделения МО), на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;

- Коэффициент подуровня медицинской организации - учитывает различия в размерах расходов МО (структурного подразделения МО), одного уровня, обусловленный объективными причинами.

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

1.3.2. При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное (прикрепленное) лицо, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Соглашением. Объем средств, направляемых в МО по подушевому принципу на оплату первичной медико-санитарной помощи, формируется с учетом видов, условий и форм ее оказания, обозначенных Приложением №1 настоящего Соглашения и включает расходы, утвержденные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Единицы объема медицинской помощи:

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

посещение с консультативной целью - прием (осмотр) пациента врачом, ведущим амбулаторный прием в МО, включеной в перечень МО, осуществляющих консультативный прием, установленный министерством здравоохранения Астраханской области, в соответствии с утвержденными Комиссией объемами оказания данного вида посещений. Условия и порядок проведения консультативного приема установлены Программой;

посещение с консультативно-диагностической целью – вид посещения с консультативной целью по направлению лечащего врача амбулаторно-поликлинического учреждения, где пациент находится на медицинском обслуживании для получения первичной медико-санитарной помощи, в плановом порядке с целью постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения, состоявшегося в МО, которой Комиссией установлены объемы предоставления данного вида посещений, с выполнением необходимого уровня обследований;

комплексное посещение с целью профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации (в том числе II этап) - вид посещения, включающий исследования и иные медицинские вмешательства, согласно перечню исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

комплексное посещение с целью проведения диспансерного наблюдения-вид посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, с кратностью

посещений и объемом медицинских исследований, проводимых в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

комплексное посещение школы сахарного диабета – посещение с профилактической целью группой в среднем 10 пациентов, включающее 5 занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля;

посещение с применением телемедицинских технологий - вид дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента с целью получения:

а) заключения медицинского работника медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее - консультант, врачи - участники консилиума) по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации;

б) протокола консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации;

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

отдельные диагностические (лабораторные) исследования- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования, паталогоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID 19), назначаются врачом, оказывающим первичную медико – санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, медицинской организации, к которой прикреплен

гражданин, при наличии медицинских показаний. Порядок направления на исследования устанавливается нормативным актом министерства здравоохранения Астраханской области;

обращение по «медицинской реабилитации» в амбулаторных условиях (законченный случай лечения) - комплексное посещение по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, либо лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах, включающее набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

Поправочные коэффициенты, устанавливаемые на территориальном уровне:

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

относительные коэффициенты стоимости услуг - с учетом методов (технологий) проведения исследований с учетом рекомендаций, содержащихся в Методических рекомендациях, устанавливаются на территориальном уровне, являются едиными для всех МО;

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

поправочный коэффициент стоимости при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами устанавливается на территориальном уровне и учитывает различия в размерах расходов по специальностям и при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в том числе углубленной, является единым для всех МО;

поправочный коэффициент стоимости при оказании медицинской помощи в выходные дни устанавливается на территориальном уровне и учитывают различия в размерах расходов при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в том числе углубленной, является единым для всех МО;

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

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

условные единицы трудоемкости - используются в стоматологии для планирования и учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда и оплаты медицинской помощи за единицу объема (посещение, обращение по поводу заболевания).

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

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное лицо (прикрепленное на территории обслуживания скорой медицинской помощи), с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Соглашением и включает расходы, утвержденные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

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

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

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное (прикрепленное) лицо, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Соглашением, охватывает оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой МО медицинской помощи, применяется в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, расположенными в сельской местности и включает расходы, утвержденные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Объем средств, направляемых в МО по подушевому принципу в составе указанного способа на оплату первичной медико-санитарной помощи, формируется с учетом видов, условий и форм ее оказания, обозначенных Приложением № 1 настоящего Соглашения;

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

1) коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных

в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (обслуживающих до 20 тыс.человек не менее 1,113, свыше 20 тыс.человек не менее 1,04);

2) коэффициент половозрастного состава (половозрастные группы: ноль - один год мужчины/женщины; один 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 (для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше не менее 1,6);

3) коэффициент уровня расходов МО, включающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, расходы, связанные с содержанием МО (структурных подразделений МО), в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;

4) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Астраханской области (потребность на фонд оплаты труда);

5) поправочный коэффициент – отношение объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на выплаты МО за достижение показателей результативности деятельности) к сумме произведения дифференцированного подушевого норматива финансирования на численность застрахованного населения каждой из МО.

1.3.6. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФП, ФАП)

определяется исходя из нормативов, утвержденных ТП ОМС и количества ФП, ФАП при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным МЗ РФ. Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения ФП, ФАП.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области

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

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

2.1.1. 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, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - **молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала**), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Сумма средств подушевого финансирования (Σ пнф) МО включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказываемой в АПП (за исключением средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Астраханской области), с учетом перечня расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, установленного Приложением №1 настоящего Тарифного соглашения, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, и рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения;

2.1.2. за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

-медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Астраханской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования;

-медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

-медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе **по направлениям, выанным иной медицинской организацией**), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

-отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических

исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (**COVID-19**).

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), осуществляется в случае:

- наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп;
- наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;
- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях оплачивается вне подушевого норматива финансирования за комплексное посещение, законченный случай включает 10-12 посещений для проведения необходимых консультаций специалистов и методов реабилитации, определенных индивидуальной программой реабилитации.

Посещение школы сахарного диабета оплачивается вне подушевого норматива финансирования за комплексное посещение, законченный случай включает 5 занятий с пациентом и проверку дневников самоконтроля (оплата производится из расчета количества пациентов в группе, но не более, чем за 10 человек);

2.1.3. по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывая критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным МЗ РФ.

Данные способы оплаты детализированы следующими приложениями:

Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях (Приложение №1) «Оплата медицинской помощи,

оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) в соответствии с утвержденными Тарифным соглашением способами»;

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 2);

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» (Приложением № 3);

Распределение заболеваний по профилю «Стоматология» (Приложение №4);

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 5);

Согласно Приложению 1 «Перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме» к Программе, необходимым условием предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме в медицинской организации, к которой застрахованный по ОМС гражданин не прикреплен на медицинское обслуживание, является направление лечащего врача, оформленное должным образом. Исключение составляют:

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

случаи оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилям «терапия», «педиатрия», «средний медперсонал, ведущий самостоятельный прием» при оказании первичной медико-санитарной помощи в здравпунктах (медпунктах) дошкольных, школьных и др. образовательных учреждений, являющихся структурными подразделениями МО, в соответствии с нормативными актами органа управления здравоохранением;

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

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

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

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

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

- посещения специалистов в центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр, динамическое наблюдение);
- посещения с целью патронажа;
- посещения беременных при нормальной беременности; женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт; по поводу абортов, проводимых в амбулаторных условиях; по поводу применения противозачаточных средств; после абортов, проведенных в стационаре;
- посещения, профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом (несовершеннолетние);
- другие медицинские осмотры, осуществляемые в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

профилактической и иными целями, в одном обращении по поводу заболевания (законченный случай лечения).

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

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

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

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру гемодиализа и один день перitoneального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи лечение пациента (услуги диализа) в течение одного месяца учитывается как одно обращение.

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

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

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

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

2.1.5. К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме относятся виды посещений при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы

жизни пациента, с проведением лечебных-диагностических мероприятий, необходимых, в том числе, для купирования остро возникших состояний.

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

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

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

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

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

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

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

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

Вид посещения «Посещение в круглосуточный пункт экстренной

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

медицинской помощи» квалифицируется, как посещение в неотложной форме. Посещение включает осмотр пациента, проведение врачебных и/или сестринских медицинских вмешательств, а также проведение диагностических исследований и лечебных мероприятий. Расходы на оказанные пациенту медицинские услуги входят в тариф указанного посещения и дополнительно не оплачиваются. В персонифицированных реестрах счетов оказанные пациенту медицинские услуги указываются справочно.

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

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

При проведении позитронно-эмиссионной компьютерной томография (далее - ПЭТ-КТ) допускается пересечение услуг с оказанием медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров пациентам с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями, при необходимости решения вопросов об эффективности проводимого химиотерапевтического лечения.

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

2.2.1. за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

2.2.2. за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам

заболеваний, состояний, приведенных в Тарифном соглашении, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа; медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

2.2.3. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении № 37;

Данные способы оплаты детализированы следующими приложениями:

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара с распределением по уровням оказания медицинской помощи (Приложение № 6);

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи Приложением №7;

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ согласно Приложению №36;

Под понятием «законченный случай лечения заболевания» следует понимать случай госпитализации пациента в условиях круглосуточного стационара, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), в соответствии с порядками, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

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

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

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

2.3.1. за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

2.3.2. за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением к Тарифному соглашению, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

2.3.3. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении № 37.

Данные способы оплаты детализированы следующими приложениями:

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, с указанием типа дневного стационара, уровня оказания медицинской помощи и способов оплаты медицинской помощи установлен Приложением № 8;

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ согласно Приложению №36;

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

Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Астраханской области, в условиях дневных стационаров по типам дневных стационаров (стационар дневного пребывания при стационаре, дневной стационар при

амбулаторно-поликлиническом учреждении, дневной стационар на дому) в разрезе профилей коек, а также стоимость соответствующей КСГ.

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

2.4.1. по подушевому нормативу финансирования;

2.4.2. за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Астраханской области, на территории которой выдан полис ОМС, а также оказанной в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц, (которым Комиссией установлены соответствующие объемы оказания медицинской помощи);

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь лицам вне медицинской организации, с указанием уровня оказания медицинской помощи и способа оплаты медицинской помощи установлен Приложением № 9;

Сумма средств подушевого финансирования (Σ пнф) МО включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках ТП ОМС, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах (за исключением средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Астраханской области). Рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения.

2.5. при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию (АПП, в том числе НМП, КС, ДС):

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (далее - по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи). При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических

исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средства на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Данный способ оплаты детализирован следующими приложениями:

Перечень медицинских организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи (Приложение №10);

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 2);

Сумма средств подушевого финансирования (Σ пнф) МО включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках ТП ОМС, оказываемую в АПП, в том числе в неотложной форме, с учетом порядка оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) (Приложение № 1), а также оказываемую в круглосуточных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации (за исключением средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Астраханской области), рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения.

2.6 при условии соответствия ФП, ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным МЗ РФ, финансирование МО, имеющих в своем составе ФП, ФАП осуществляется СМО в размере 1/12 от размера финансового обеспечения, с учетом доли застрахованного СМО населения в разрезе МО и рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, отражаются все единицы объема с указанием размера установленных тарифов, в том числе отдельно по ФП, ФАП с выделением ФП, ФАП в реестрах счетов, что также является обязательным условием для финансирования ФП, ФАП. МО уведомляют Комиссию об изменениях численности обслуживаемого населения, а также факте соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н. В случае если у ФП, ФАП в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение ФП, ФАП за предыдущие периоды с

начала года, и рассчитывается по формуле, утвержденной Приложением № 41, с внесением изменений в действующее Тарифное соглашение.

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

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

2.8. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, проведенных в выходные дни осуществляется по тарифам с коэффициентом в размере 1,07. Коэффициент применяются только в том случае, если дата начала и завершения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе углубленной - один день (выходной). Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, оказанная мобильными медицинскими бригадами с применением мобильных медицинских комплексов, осуществляется по тарифам с коэффициентом в размере 1,20. Коэффициент применяются только в том случае, если дата начала и завершения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе углубленной - один день.

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

2.10. Порядок расчета стоимости страхового случая определен в соответствии с Приложением № 41.

2.11. Межурожденческие расчеты, в том числе, за счет включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях по перечню, установленному Приложением №1 и при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, осуществляются страховыми медицинскими организациями по тарифам на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, в

соответствии с принятым Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи в системе ОМС в Астраханской области на текущий период, в целях реализации способов оплаты медицинской помощи.

Медицинской организацией, которой Комиссией утверждены объемы МП составляется реестр счетов по установленным тарифам. Расчеты страховыми медицинскими организациями осуществляются в соответствии с Регламентом оплаты оказанной в рамках межучрежденческих расчетов медицинской помощи, утвержденным МЗАО и ТФОМС АО.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи

Тарифы, установленные разделом содержат сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, их структуре, порядке расчета тарифов на оплату медицинской помощи, а также о размерах элементов структуры тарифа, в том числе в разрезе медицинских организаций, по способам оплаты, установленным разделом «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» настоящего Тарифного соглашения.

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

В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

В целях реализации содержания раздела

3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (АПП) установлены:

Средний подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в размере –5 953,51 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, исключающий влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (согласно отдельным видам расходов, перечисленным в Приложении №1 настоящего Тарифного соглашения), стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности (в размере 2 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) в значении – 1 955,04 рублей;

Поправочный коэффициент, используемый при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов, в размере –0,809483;

Приложением №11 «Коэффициенты для расчета дифференцированных нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях»:

1) коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

2) коэффициент половозрастного состава;

3) коэффициент уровня расходов МО, включающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, расходы, связанные с содержанием МО (структурных подразделений МО), в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;

4) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (потребность на фонд оплаты труда);

Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания по видам медицинской помощи согласно Приложению № 12 « Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи»;

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации в значениях согласно Приложению №13 «Фельдшерские, фельшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи»;

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций согласно Приложению №14 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей»;

Коэффициенты, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения согласно Приложению №15 «Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (КДj)»;

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций согласно Приложению №16 «Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

Поправочные коэффициенты при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях (за исключением тарифов на оплату комплексного обследования в центрах здоровья, неотложной медицинской помощи), согласно Приложению №17;

Поправочные коэффициенты, применяемые для определения стоимости посещения центров здоровья с целью проведения комплексного обследования, согласно Приложению №18;

Тарифы на оплату посещений школы сахарного диабета согласно Приложению №18.1;

Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты диализа согласно Приложению №19;

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап) согласно Приложению №20;

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап) согласно Приложению №21;

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения согласно Приложению №22;

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (II этап) согласно Приложению №23;

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения согласно Приложению №24;

«Тарифы медицинских услуг на оплату проведения углубленной диспансеризации» согласно Приложению №24.1.

Тарифы на оплату проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (I этап), согласно Приложению №25;

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (I этап) согласно Приложению №26;

Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований согласно Приложению №27;

Тарифы на лабораторные исследования согласно Приложению №28;

Тарифы на оплату посещений с применением телемедицинских (дистанционных) технологий согласно Приложению №29.

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

Средний подушевой норматив финансирования в размере – 923,67 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования, исключающий влияние применяемого коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, в том числе коэффициента уровня медицинской организации в размере – **923,67 рублей**;

Поправочный коэффициент, используемый при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов, в размере – 1;

Приложением №30 «Коэффициенты для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне медицинской организации»:

коэффициент половозрастного состава;

коэффициент уровня расходов МО (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер МО);

коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения Астраханской области;

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи, согласно Приложению №12 «Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи»;

Коэффициенты, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, согласно Приложению №15 «Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (КДj)»;

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций согласно Приложению №31 «Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации»;

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

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания по видам медицинской помощи согласно Приложению №12 «Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи», который установлен в размере не менее 65% от норматива финансовых затрат, установленного Программой;

Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ. КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №32 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях»;

Значения коэффициентов относительной затратоемкости по группам заболеваний, в том числе КСГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, в составе Программы указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №32 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях»;

Коэффициенты сложности лечения пациентов в значениях согласно Приложению №33 «Коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи (КСЛП)»;

Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, согласно Приложению №34;

Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации», согласно Приложению №34.1;

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи согласно Приложению №7;

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе обязательного медицинского страхования, согласно Приложению №35 «Тарифы на виды высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансирование которых осуществляется за счет средств ОМС»;

Доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно Приложению №35;

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ, согласно Приложению №36;

Размеры оплаты прерванных случаев, согласно Приложению №37 «Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах всех типов»;

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

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания по видам медицинской помощи, согласно Приложению №12 «Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи», который установлен в размере не менее 60% от норматива финансовых затрат, установленного Программой ;

Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ. КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара, указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №38 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара»;

Значения коэффициентов относительной затратоемкости по группам заболеваний, в том числе КСГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара, в составе Программы указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №38 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара»;

Значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в значении 1,2 для ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК" и (или) структурных подразделений МО, расположенных на территории закрытого административного территориального образования;

Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, по уровням оказания медицинской помощи согласно Приложению №8. Коэффициент уровня медицинских организаций при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара равен 1,0, за исключением ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК";

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ, согласно Приложению №36;

Размеры оплаты прерванных случаев, согласно Приложению №37 «Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах всех типов»;

3.5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи установлены:

Средний подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по перечню медицинских

организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи, установленных Приложением №10 в условиях круглосуточного и дневного стационаров, в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме в размере – **8 003,07 рублей**;

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по перечню медицинских организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи, установленных Приложением №10 в размере – **2 545,51 рублей**, в том числе:

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях круглосуточного стационара, в размере – 1 902,51 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, в размере – 409,01 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме, в размере – 233,99 рублей;

Поправочный коэффициент, используемый при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов:

в условиях круглосуточного стационара в размере – 0,994613;

в условиях дневного стационара в размере – 0,994612;

в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме в размере – 0,953336;

Приложением № 39 «Коэффициенты для расчета дифференцированных нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи в части круглосуточного и дневного стационаров, в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме»:

1) коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

2) коэффициент половозрастного состава;

3) коэффициент уровня расходов МО, включающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, расходы, связанные с содержанием МО (структурных подразделений МО), в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;

4) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития

здравоохранения в субъекте Российской Федерации (потребность на фонд оплаты труда);

Коэффициенты, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, согласно Приложению №15 «Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (КДj)»;

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций согласно Приложению №40 «Подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи».

Порядок расчета стоимости страхового случая и объема финансирования медицинских организаций по способам оплаты установлен Приложением №41 «Порядок расчета стоимости страхового случая».

4. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках ТП ОМС, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Настоящим Тарифным соглашением утверждаются размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках Программы, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно Приложению №42 к настоящему соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяет свое действие на отношения, возникшие с 01.01.2023 и действует по 31.12.2023.

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

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

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

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

5.6. Любая из сторон Тарифного соглашения вправе внести на рассмотрение Комиссии предложение о корректировки базовой ставки,

базового подушевого норматива финансирования (но не чаще одного раза в квартал).

5.7. Приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Подписи сторон

1. от министерства здравоохранения
Астраханской области, министр
здравоохранения Астраханской области -
председатель заседания -

А.В. Буркин

2. от ТФОМС Астраханской области,
директор -

С.К. Нахушев

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

Т.Ю. Шабалина

4. от региональной общественной
организации - «Врачебная палата
Астраханской области», председатель - не присутствовал

В.В. Думченко

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

Е.В. Свекольникова