

**Тарифное соглашение
по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского
страхования Вологодской области на 2016 год**

г. Вологда

27.01.2016

Раздел I. Общие положения

Комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в составе представителей:

- органа исполнительной власти Вологодской области – Маклакова И.Н., начальника департамента здравоохранения Вологодской области;
- Территориального фонда обязательного медицинского страхования - Симкиной И.Б., директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области;
- страховых медицинских организаций – Костарева А.В., директора Вологодского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»;
- профессиональных союзов медицинских работников – Быковой Т.П., председателя Вологодской областной организации Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;
- ассоциации медицинских профессиональных некоммерческих организаций – Соколова Н.В., главного врача БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3», президента Вологодской областной общественной организации «Ассоциация врачей»;

в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158 н, постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»; Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»; приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664 н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»; приказом Федерального фонда ОМС от 18 ноября 2014 года № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»; Методическими указаниями по предоставлению информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения членами комиссии по разработке территориальной программы обязательного

медицинского страхования, доведенными письмом ФОМС от 24.11.2015 № 7343/30-5/н; информационным письмом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2015 года № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», доведенные совместным письмом Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС 24 декабря 2015 года № 11-9/10/2-7938 и 8089/21-и, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с изменениями), письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 декабря 2012 г. № 9939/30-н «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. № 290 н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача - оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача - акушера-гинеколога», приказом Департамента здравоохранения Вологодской области от 18.07.2013 г. № 884 «О трехуровневой системе оказания специализированной медицинской помощи населению Вологодской области, маршрутизации при оказании медицинской помощи и соблюдении порядков оказания медицинской помощи», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

Предметом Тарифного соглашения является установление размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи и условий оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2016 год.

Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи

Способы оплаты медицинской помощи установлены "Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год" от 19.12.2015 г. № 1382.

В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования производится оплата медицинских услуг:

- 1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
 - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
 - за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в

- отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);
- 2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
 - 3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
 - 4) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

II. 1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

1.1) Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) (Приложение 1).

1.2) Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение 2).

2) Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу.

В подушевой норматив финансирования включается первичная доврачебная, врачебная медико-санитарная помощь, организованная по территориально – участковому принципу, а также первичная специализированная медико-санитарная помощь.

В подушевые нормативы финансирования через коэффициенты включаются расходы на:

- лабораторные исследования, оказываемые медицинскими организациями централизованно;
- затраты на содержание фельдшерско-акушерских пунктов;
- затраты на содержание травматологического пункта;
- затраты на содержание службы ДШО (штатные должности дошкольных, школьных образовательных учреждений).

Финансовый план по амбулаторно – поликлинической помощи медицинских организаций рассчитываются на год путем умножения подушевого норматива на численность приписного населения.

Подушевые нормативы финансирования устанавливаются на месяц исходя из расчета на год.

Финансовый план медицинских организаций пересчитывается ежемесячно, учитывая «движение» численности приписного населения между медицинскими организациями.

В подушевые нормативы финансирования не включается медицинская помощь (оплата за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)):

- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;
- стоматологическая;
- медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц;
- медицинская помощь, оказываемая женскими консультациями и кабинетами акушеров-гинекологов;
- медицинская помощь, оказываемая Центрами здоровья;
- медицинская помощь по гемодиализу;
- медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями централизованно (городские приемы);
- МРТ – исследования;
- мероприятия по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам (диспансеризация определенных групп взрослого населения, диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, медицинские осмотры несовершеннолетних).

3) Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Оплата по амбулаторно-поликлинической помощи медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу осуществляется с учетом показателей результативности.

При невыполнении объемных показателей и показателей оценки качества медицинской помощи проводится корректировка (уменьшение) финансового плана учреждения (за исключением средств, предусмотренных в тарифах по подушевому нормативу финансирования через коэффициент (фельдшерско-акушерские пункты по ЦРБ, централизованные исследования) в разрезе:

- посещений с профилактической и иной целью;
- обращений в связи с заболеванием.

Анализ выполнения объемных показателей медицинских организаций производится с учетом объемных показателей (медицинских услуг), оказанным по направлениям в других медицинских организациях, нарастающим итогом с начала года за 6, 9 и 12 месяцев.

II. 2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

Медицинские организации, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную в пределах муниципального района, а также внутригородского района (Приложение 3).

Медицинские организации, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением (Приложение 4).

Медицинские организации, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах субъекта Российской Федерации, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации (Приложение 5).

2) Порядок оплаты прерванных случаев лечения.

Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре при продолжительности его три и менее дней (пациент переведен в другую медицинскую организацию, другое структурное подразделение в пределах одной медицинской организации, отказ от лечения и так далее осуществляется:

- в размере 80 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КСГ, в случае если пациенту выполнена хирургическая операция;
- в размере 30 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КСГ, в случае если пациенту не выполнялась хирургическая операция.

3) Оплата по двум КСГ в рамках одного прерванного случая.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ.

При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом.

При дорожной госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ

(«Осложнения беременности» и «Родоразрешение») возможна в случае пребывания в отделение патологии беременности в течение 6 и более дней.

4) Оплата сверхкоротких случаев лечения.

К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, кроме случаев, входящих в группы, перечисленные ниже. Данные группы являются исключениями, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

| № КСГ | Наименование КСГ (круглосуточный стационар) |
|-------|---|
| 2 | Осложнения, связанные с беременностью |
| 3 | Беременность, закончившаяся абортным исходом |
| 4 | Родоразрешение |
| 5 | Кесарево сечение |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 1) |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 2) |
| 16 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| 83 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 84 | Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина |
| 97 | Сотрясение головного мозга |
| 140 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы |
| 148 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 149 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 153 | Ремонт и замена речевого процессора |
| 154 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 155 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| 179 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| 200 | Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1) |
| 252 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани |
| 281 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 295 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии |
| 299 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

5). Оплата случаев сверхдлительного пребывания

Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

| № КСГ | Наименование КСГ |
|-------|-----------------------------|
| 44 | Детская хирургия, уровень 1 |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|-------|---|
| 45 | Детская хирургия, уровень 2 |
| 105 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |
| 106 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |
| 142 | Лучевая терапия, уровень затрат 2 |
| 143 | Лучевая терапия, уровень затрат 3 |
| 216 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма) |
| 260 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2) |
| 261 | Панкреатит, хирургическое лечение |
| 279 | Ожоги (уровень 5) |

6). Оплата случаев лечения по профилю "Медицинская реабилитация"

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по "Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)". При оценке по шкале Рэнкин 3-4-5 пациент получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

7). Группы, к которым не применяется КУС.

Это группы, медицинская помощь по которым оказываются преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи.

Перечень групп, к которым не применяют КУС:

| № | Профиль (КПГ) и КСГ | КУС |
|-----------|--|-----|
| 4 | Гастроэнтерология | |
| 17 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки | Нет |
| 6 | Дерматология | |
| 29 | Легкие дерматозы | Нет |
| 15 | Неврология | |
| 83 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина | Нет |
| 84 | Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина | Нет |
| 16 | Нейрохирургия | |
| 95 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии | Нет |
| 20 | Оториноларингология | |
| 153 | Ремонт и замена речевого процессора | Нет |
| 27 | Терапия | |
| 189 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки | Нет |
| 191 | Болезни желчного пузыря | Нет |
| 193 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения | Нет |

| № | Профиль (КПГ) и КСГ | КУС |
|-----------|--|-----|
| 194 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, (уровень 1) | Нет |
| 198 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания | Нет |
| 30 | Урология | |
| 224 | Болезни предстательной железы | Нет |
| 31 | Хирургия | |
| 237 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | Нет |
| 247 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей | Нет |
| 253 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы | Нет |
| 32 | Хирургия (абдоминальная) | |
| 265 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 1) | Нет |
| 266 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) | Нет |
| 267 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) | Нет |
| 268 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) | Нет |
| 269 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) | Нет |
| 36 | Прочее | |
| 295 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии | Нет |
| 299 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов | Нет |

II.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение 6).

2) Порядок оплаты прерванных случаев лечения.

Оплата прерванного случая лечения пациента в дневном стационаре при продолжительности его три и менее дней (пациент переведен в другую медицинскую организацию, другое структурное подразделение в пределах одной медицинской организации, отказ от лечения и так далее осуществляется:

- в размере 80 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КПГ (КСГ), в случае если пациенту выполнена хирургическая операция;
- в размере 30 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КПГ (КСГ), в случае если пациенту не выполнялась хирургическая операция.

3) Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ.

При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом.

4) Порядок работы дневного стационара.

Дневной стационар является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных для пациентов, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения. Режим работы дневного стационара определяется руководителем лечебно-профилактического учреждения с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий. Время пребывания пациента в дневном стационаре не менее 4 часов, обязательно наличие койко-места.

5). Оплата случаев лечения по профилю "Медицинская реабилитация"

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по "Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)". При оценке по шкале Рэнкин 3 и менее пациент получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара.

II. 4. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (далее – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи) в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (сверх базовых объемов) (Приложение 7).

2) За вызов скорой медицинской помощи осуществляется оплата медицинской помощи, оказанная гражданам, застрахованным вне территории Вологодской области, и сверх базовой программы ОМС.

3) К вызовам сверх базовой программы относится медицинская помощь при заболеваниях передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, а также медицинская помощь, оказанная не застрахованным и неидентифицированным гражданам в системе обязательного медицинского страхования.

4) За вызов скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса.

Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3) По медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

3.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 3 432,19 руб.

3.2) Размер подушевого норматива финансирования с 1 января 2016 года – 1 762,39 руб. Подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций (Приложение 8).

3.3) Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение 9)

Базовые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, устанавливаются единые, в том числе применяемые при внутриучрежденческих, межучрежденческих (осуществляются страховыми медицинскими организациями) и межтерриториальных (осуществляются территориальными фондами обязательного медицинского страхования) расчетах.

Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении в амбулаторных условиях (Приложение 10).

Нормативы нагрузки для расчета стоимости медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на 2016 год (Приложение 11).

3.4) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (Приложение 12).

4) По медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

4.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема

медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 4 168,98 руб.

4.2) Перечень групп заболеваний КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение 13).

4.3) Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ с 1 января 2016 года – 23 667,60 руб.

4.4) Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

- коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи (Приложение 14);

- коэффициенты подуровней оказания стационарной медицинской помощи (Приложение 15);

- коэффициент сложности лечения пациента, связанный с возрастом, а также необходимостью предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет) (Приложение 16);

- коэффициенты сложности курации пациента для оплаты случаев сверхдлительного пребывания (КСКП)

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

$$КСКП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{дл}, \text{ где}$$

КСКП – коэффициент сложности курации пациента;

$K_{дл}$ – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов – 0,25 для обычных отделений, 0,4 – с учетом пребывания в реанимационных отделениях;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

4.5) Тарифы по стационарной медицинской помощи (Приложение 17).

4.6) Тарифы по стационарной медицинской помощи к которым не применяется КУС (Приложение 18).

4.7) Тарифы, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (Приложение 19).

4.8) Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение 20).

5) По медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

5.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации

территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 765,72 руб.

5.2) Перечень групп заболеваний КПП, КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости (Приложение 21).

5.3) Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КПП с 1 января 2016 года – 12 833,0 руб.

5.4) Поправочные коэффициенты оплаты КПП, КСГ:

- коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в дневном стационаре (Приложение 22);

- коэффициенты подуровней оказания медицинской помощи в дневном стационаре (Приложение 23).

5.5) Тарифы по КПП, КСГ (Приложение 24).

5.6) Тарифы, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (Приложение 25).

6) По скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

6.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС – 583,30 руб.; сверх базовой программы ОМС – 37,80 руб.

6.2) Размер подушевого норматива скорой медицинской помощи с 1 января 2016 года - 583,30 руб.

Подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций (Приложение 26).

6.3) Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение 27);

6.4) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (Приложение 28).

7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Вологодской области и в части базовой, а также сверх базовой программы обязательного медицинского страхования 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.

Раздел IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Приложение 29)

Раздел V. Заключительные положения

5.1 Срок действия «Тарифного соглашения на 2016 год» с 1 января 2016 года по 31 декабря 2016 года.

5.2 Пересмотр тарифов для медицинских организаций производится при изменении законодательных и распорядительных актов, дополнительных источниках финансирования и соответствующем пересмотре Территориальной программы ОМС.

5.3 В случае сокращения доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования и соответствующего уменьшения расходов, производится пересмотр тарифов на медицинские услуги.

5.4 При изменении численности приписного населения ежеквартально осуществляется пересмотр тарифов на оплату медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования.

5.5 Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования:

- по всем видам медицинской помощи - с учетом поквартальной разбивки с нарастающим итогом;
- по стационарной медицинской помощи - в разрезе объемов, установленных по КСГ, по высокотехнологической медицинской помощи по законченному случаю, в том числе КПП.
- по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - в разрезе объемов, установленных по КПП и КСГ, по медицинской реабилитации.

5.7 Комиссией по разработке ТП ОМС плановые задания устанавливаются в разбивке по кварталам. По истечении квартала изменение планового задания по данному кварталу не производится.

Страховые медицинские организации и медицинские организации своевременно представляют в адрес Комиссии по разработке ТП ОМС предложения по внесению изменений в объемы предоставления медицинской помощи (до 1 числа последнего месяца квартала) с приложением обоснования предлагаемых изменений и финансового анализа.

5.8 Перечень лекарственных препаратов, материалов медицинского назначения, необходимых для оказания амбулаторной стоматологической помощи (Приложение 30).

Согласовано:


Начальник департамента
здравоохранения Вологодской области


И.Н. Маклаков

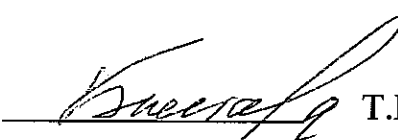
Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Вологодской области


И.Б. Симкина


Директор Вологодского филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»


А.В. Костарев

Председатель Вологодской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения Российской
Федерации


Т.П. Быкова

Главный врач БУЗ ВО «Вологодская
городская поликлиника № 3» г.
Вологды, президент Вологодской
областной общественной организации
«Ассоциация врачей»


Н.В. Соколов