

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования Калининградской
области на 2018 год

г. Калининград

22 декабря 2017 года

Правительство Калининградской области в лице заместителя Председателя Барина Илья Александровича,

Министерство здравоохранения Калининградской области в лице министра Кравченко Александра Юрьевича, заместителя министра Семеновой Елены Ивановны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калининградской области в лице директора Семенюк Элеоноры Борисовны, заместителя директора Отиновой Лолиты Витауты, начальника финансово-экономического отдела Старостиной Галины Яковлевны,

АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице исполнительного директора Калининградского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Диваковой Ларисы Владимировны,

АО «Областная медицинская страховая компания» в лице генерального директора Алекберовой Марии Владимировны,

ООО «Росгосстрах - Медицина» - «Росгосстрах – Калининград – Медицина» в лице директора Филиала Тугушева Олега Каримовича,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области» в лице главного врача Вискова Романа Владимировича,

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная стоматологическая поликлиника Калининградской области» в лице главного врача Волкова Евгения Борисовича,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница» в лице главного врача Куликова Сергея Ивановича,

Региональная общественная организация «Врачебная палата Калининградской области» в лице председателя Красновой Ольги Геннадиевны, члена Совета Малярова Александра Михайловича, члена организации Китлинской Нины Николаевны,

Общественная организация «Калининградское областное объединение организаций профсоюзов» в лице заместителя председателя Орловой Елены Васильевны,

Калининградская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Сергутко Ирины Леонидовны, заместителя председателя Рудь Людмилы Алексеевны,

в дальнейшем именуемые «Стороны», заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2018 год (далее – Соглашение).

I. Общие положения

Настоящее соглашение заключено в соответствии со ст.30 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 08 декабря 2017 года № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, Законом Калининградской области от 19 декабря 2017 года № 129 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов», постановлением Правительства Калининградской области от 25.01.2012 г. № 25 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Калининградской области» (с изменениями и дополнениями), приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями и дополнениями) и регулирует правоотношения участников системы ОМС Калининградской области, возникающие при формировании тарифов, установлении способов оплаты медицинской помощи и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

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

Медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, независимо от форм собственности, обязаны предоставлять все виды мониторинга и отчетности, утвержденные федеральными и региональными нормативными правовыми актами, в том числе в соответствии с совместным приказом Министерства здравоохранения Калининградской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области от 29 декабря 2015 года №1612/321 «О предоставлении отчетности медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования на территории Калининградской области».

Основные понятия и определения, предмет, сфера действия тарифного соглашения (далее - Соглашения)

Страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при

наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

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

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

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

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее тарифы) – сумма возмещения расходов медицинских организаций в рамках территориальной программы ОМС на единицу объема медицинской помощи.

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

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

Законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, в том числе при оказании стоматологической помощи – обращение по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений, в том числе первичных и повторных по поводу одного заболевания.

Посещения с профилактическими и иными целями - посещения к врачу-специалисту, связанные с оказанием медицинской помощи (разовые посещения по поводу заболевания; все виды диспансеризации и медицинские осмотры, регламентированные законодательством, консультации, диспансерное наблюдение по поводу хронических заболеваний) и посещения с иными целями (оформление медицинской документации и т.д.).

Посещения, связанные с оказанием неотложной помощи - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и иных состояниях,

обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы для жизни пациента, которая включает проведение лечебных мероприятий.

Подушевой норматив – территориальный норматив финансовых средств на оказание медицинских услуг (в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара всех типов) и при оказании скорой медицинской помощи в расчете на одного застрахованного жителя области.

Подушевой норматив рассчитывается с учетом половозрастной структуры, уровня потребления медицинских услуг различными категориями населения и территориальной доступности медицинских услуг.

Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление утраченных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Условная единица трудоемкости (далее – УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку).

Прикрепленное население – лица, застрахованные по ОМС, получающие медицинские услуги в рамках первичной медико-санитарной помощи и проживающие (пребывающие) на территории, находящейся в зоне обслуживания медицинской организации или включенные по желанию пациента в поименные списки, сформированные на основании приказов Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», от 16 апреля 2012 года № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи», от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

Неприкрепленное население – лица, застрахованные по ОМС, проживающие (пребывающие) вне зоны обслуживания и не включенные в поименные списки прикрепленного населения (сформированные в установленном порядке) по иным основаниям, и получающие медицинские услуги в медицинской организации.

Медицинские организации – фондодержатели (далее – МО-фондодержатели) – организации (поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики)

любой формы собственности, оказывающие первичную медико – санитарную помощь, участвующие в реализации территориальной Программы обязательного медицинского страхования и имеющие прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС (кроме стоматологических поликлиник и женских консультаций), оплата медицинской помощи которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленного гражданина, сформированному с учетом фондодержания.

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

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

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

Базовая ставка (БС) – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 14.11.2017г. № 66/11/19) (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратноемкости (КЗ) – устанавливаемый «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 14.11.2017г. № 66/11/19) коэффициент затратноемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратноемкости к базовой ставке.

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

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

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

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

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

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

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

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

Предметом Соглашения являются способы оплаты медицинской помощи, тарифы (базовая ставка) на медицинскую помощь и медицинские услуги в системе ОМС, подушевые нормативы в соответствии с приложениями к настоящему Соглашению.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке

территориальной программы (далее – **Комиссия**), по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным настоящим Соглашением.

Объемы медицинской помощи, установленные Программой, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи жителям Калининградской области за её пределами.

II. Способы оплаты медицинской помощи

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

Формирование реестра счетов медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области, осуществляется по полису, действующему на дату окончания лечения застрахованного лица.

Оплата медицинской помощи новорожденным со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители, медицинской организации из средств Фондодержателя по месту прикрепления матери или законного представителя.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2018 год, применяются следующие способы оплаты:

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется:

1.1.1. 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);

1.1.2. за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Калининградской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

1.2. перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее - подушевой норматив) (Приложение № 2.1.1.);

1.3. перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской

помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение № 2.1.2.)

2. Медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях

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

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

2.2.1. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу заболеваний), оплата которого осуществляется в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 14.11.2017г. № 66/11/19);

2.2.2. за законченный случай лечения заболевания, при котором применяются виды и методы лечения в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

2.2.3. за случай лечения социально-значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), прочих и иных медицинских услуг,

2.2.4. за случай лечения заболеваний при оказании паллиативной медицинской помощи (включая хосписы и больницы сестринского ухода);

2.2.5. за прерванные случаи оказания медицинской помощи (случаи с длительностью лечения три дня и менее, случаи с летальным исходом, переводы пациентов в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациентов из медицинской организации при их письменном отказе от дальнейшего лечения, при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа), осуществляемый в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального Фонда обязательного

медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 14.11.2017г. № 66/11/19);

2.2.6. - за прерванные случаи оказания медицинской помощи по социально-значимым заболеваниям и прочим и иным медицинским услугам по факту оказания медицинской помощи (медицинских услуг).

3. Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара

3.1. Медицинская помощь в условиях дневного стационара оказывается в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) в соответствии с Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение № 2.3.1.).

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

3.2.1. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), осуществляемый в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 14.11.2017г. №66/11/19):

3.2.2. за случай лечения социально-значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

3.2.3. за прерванный случай оказания медицинской помощи (длительность лечения три дня и менее, летальный исход, перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, проведение диагностических исследований, оказание услуг диализа), осуществляемый в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, одобренными

решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 14.11.2017г. № 66/11/19);

3.2.4. за прерванные случаи оказания медицинской помощи по социально-значимым заболеваниям и прочим и иным медицинским услугам по факту оказания медицинской помощи (медицинских услуг).

4. Оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации

4.1. 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) (Приложение № 2.4.1.).

4.2. Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

4.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной пациентам, с проведением тромболитической терапии, осуществляется по утвержденному тарифу стоимости.

4.4. Оплата скорой специализированной санитарно-авиационной эвакуации осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

4.5. Оплата медицинских услуг по дистанционной интерпретации электрокардиограмм с консультацией специалистов-кардиологов (за исключением специализированной кардиологической бригады) с использованием комплекса «ТРЕДЕКС» при оказании скорой медицинской помощи производится в размере Тарифа стоимости консультативного приема врача – кардиолога.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с требованиями ч.7 ст. 35 Федеральных законов от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями) и включает следующие расходы: на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих

материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования, организации питания (при отсутствии организованного питания медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

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

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

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

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

2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 года, регистрационный N 19998) (с последующими изменениями), «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно и Федеральным фондом ОМС от 15.12.2014 и направленных информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 №11-9/10/2-9454, информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 г. № 11-7/10/2-8616 «Формирование и экономическое обоснование территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», Приказа Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении

Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

3. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установить:

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

- базовой программы ОМС в сумме 3 897,8 рублей;
- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 289,8 рублей;

3.2 Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (приложение № 3.3.1);

3.3 Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива (приложение № 3.3.2);

3.4 Размер среднемесячных подушевых нормативов на одного застрахованного жителя области на 2017 год (медицинская помощь в амбулаторных условиях) (приложение № 3.3.3);

3.5 Размер среднемесячных подушевых нормативов на одного застрахованного жителя области на 2017 год (за счет межбюджетных трансфертов из областного бюджета) (приложение № 3.3.4).

3.6 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

3.6.1 тариф на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 2017 год (приложение № 3.3.5);

3.6.2 классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), подлежащих оплате по обязательному медицинскому страхованию (приложение № 3.3.6);

3.6.3 перечень заболеваний при оказании амбулаторной стоматологической помощи в разрезе групп и подгрупп (приложение № 3.3.7);

3.6.4 тариф стоимости случаев лечения при оказании амбулаторной стоматологической медицинской помощи на 2018 год (приложение № 3.3.8);

3.6.5 перечень медицинских услуг в разрезе МКБ 10 при оказании амбулаторной стоматологической помощи (приложение № 3.3.9);

3.6.6 рекомендуемый перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, применяемых при оказании амбулаторной стоматологической помощи в медицинских организациях Калининградской области в 2018 году (приложение № 3.3.9.1);

3.6.7 тариф стоимости диагностических исследований на 2018 год (приложение № 3.3.10).

3.7 Финансирование амбулаторной медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу в медицинских организациях (отделениях медицинских организаций) любой формы собственности, имеющих прикрепленное население (далее - фондодержатели), за исключением:

- неотложной помощи;
- всех видов диспансеризации, всех видов профилактических медицинских осмотров, регламентированных законодательством;
- законченных случаев комплексного обследования и динамических наблюдений в Центрах здоровья;
- за амбулаторную стоматологическую медицинскую помощь.

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

3.8. Формирование счетов на оплату за оказанную амбулаторную медицинскую помощь в медицинских организациях осуществляется исходя из размера стоимости (тарифа):

- обращения;
- посещения с профилактическими и иными целями.

3.9. Выдача направлений на плановые консультации и диагностические исследования врачами-специалистами медицинских организаций, не являющихся Фондодержателями, осуществляется по согласованию с Фондодержателем.

Страховые медицинские организации проводят оплату диагностических и консультативных услуг за счет финансовых средств медицинских организаций, выдавших направление.

3.10. Без согласования с Фондодержателем проводятся консультации, исследования, направления на госпитализацию по профилю оказания медицинской помощи врачами-специалистами амбулаторного приема (при наличии направления Фондодержателя) в консультативно-поликлинических отделениях ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области», ФГБУ "Федеральный центр высоких медицинских технологий" Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград), а также указанные мероприятия в межрайонных отделениях первичной диагностики рака.

3.11. Не осуществляются из средств Фондодержателей расчеты за оказанную прикрепившимся застрахованным гражданам медицинскую помощь, а также первичную медико-санитарную помощь, в следующих случаях:

3.11.1. за медицинскую помощь, по видам и условиям оказания не установленную базовой программой обязательного медицинского страхования;

3.11.2. медицинскую помощь по стоматологии;

3.11.3. за медицинские услуги, оказанные в ГАУ КО «Региональный перинатальный центр» (консультативно-диагностическая поликлиника), ГБУЗ

«Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области», Центрах здоровья;

3.11.4. за услуги заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа;

3.11.5 за иммуногистохимические методы диагностики у онкологических больных, проводимые по направлению врача-онколога (гематолога) медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

3.11.6 обследования беременных женщин на инфекции, передаваемые половым путем.

3.11.7 Оплата медицинских услуг по дистанционной интерпретации электрокардиограмм с консультацией специалистов-кардиологов с использованием комплекса «ТРЕДЕКС», консультаций с использованием телемедицинских технологий производится по Тарифу стоимости консультативного приема без направлений Фондодержателя. При этом расчеты за использование комплекса «Тредекс» сотрудниками амбулаторных учреждений (поликлиник, офисов врачей общей практики, ФАПов, врачебных амбулаторий и т.д.) производятся на основании договоров, заключенных между медицинскими организациями, по утвержденному тарифу.

3.11.8 Оплата медицинских услуг в «Центрах здоровья» производится страховыми медицинскими организациями за законченный случай комплексного обследования в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 года № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». Комплексное обследование в «Центре здоровья» включает посещение взрослого и детского населения, впервые обратившегося в отчетном году, по утвержденному тарифу без направления Фондодержателей.

По итогам комплексного обследования по медицинским показаниям «Центры здоровья» направляют пациентов на консультации к врачам-специалистам медицинских организаций без направления Фондодержателей, расчеты за оказанные консультации осуществляют страховые медицинские организации из средств Фондодержателей.

3.12. Направление Фондодержателя не требуется:

3.12.1. при оказании паллиативной медицинской помощи, по социально-значимым видам медицинской помощи, по родовспоможению, при онкологических, гинекологических и стоматологических заболеваниях, по дерматологии, а также в соответствии с Порядком выдачи листков нетрудоспособности, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 июня 2011 года № 624н, при закрытии листа нетрудоспособности медицинской организацией, направившей гражданина на медицинскую реабилитацию;

3.12.2. при проведении медицинских осмотров застрахованных лиц, поступающих на социальное обслуживание в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Калининградской области «Центр социальной реабилитации для наркозависимых граждан «Большая поляна»

(Гвардейский район, п. Орехово, Правдинский район, п. Ново-Бобруйск) и дальнейшее их медицинское обслуживание оказывается без направления Фондодержателей.

3.13 Сумма средств подушевого норматива финансирования за прикрепленных застрахованных граждан перечисляется на расчетный счет Фондодержателей страховыми медицинскими организациями за вычетом:

3.13.1. расходов на оплату стоимости первичной медико-санитарной помощи, оказанной прикрепленным застрахованным в других медицинских организациях;

3.13.2. сумм, не подлежащих оплате по результатам проведения вневедомственного экспертного контроля медицинской помощи и реестров.

3.14. В амбулаторных медицинских организациях, в том числе оказывающих медицинскую помощь при социально-значимых заболеваниях, оплате из средств ОМС подлежат обращения (законченный случай) и посещения с профилактическими и иными целями, посещения в связи с оказанием неотложной помощи.

3.14.1 **Обращения** (законченный страховой случай) по поводу заболевания с кратностью посещений не менее 2-х.

Обращение по поводу заболевания (далее – обращение) – это законченный страховой случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (первичное и повторные посещения).

Обращением (законченным страховым случаем оказания медицинской помощи по поводу заболевания) в амбулаторных условиях является объем выполненных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает исход в виде выздоровления, улучшения, направления пациента на лечение в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Обращением является оказание помощи:

- при остром заболевании от момента обращения пациента до момента окончания эпизода оказания медицинской помощи (выздоровление и др.);

- при обострении хронического заболевания (от момента обращения пациента по поводу обострения заболевания до периода достижения ремиссии, улучшения состояния, направления пациента в дневной или круглосуточный стационар);

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

- при проведении диспансерного наблюдения пациента в течение месяца.

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

3.14.2. **Посещения** с профилактическими и иными целями это:

3.14.2.1. разовые посещения в связи с заболеванием;

3.14.2.2. разовые посещения в связи с оказанием неотложной помощи в соответствующем структурном подразделении медицинской организации медицинской организации или вне медицинской организации.

3.14.2.3. посещения с профилактической целью, в том числе:

- профилактические медицинские осмотры взрослого населения;
- профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних;
- 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;
- случаи комплексного обследования в центрах здоровья;
- случаи динамического наблюдения в центрах здоровья;
- разовые посещения, связанные с оказанием паллиативной помощи:
- патронаж;
- разовые посещения в связи с другими обстоятельствами (получение справок по поводу случаев оказания медицинской помощи, включенных в территориальную Программу государственных гарантий и др.).

3.15. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 года №72н) проводится медицинскими организациями, определенными руководителем органа исполнительной власти субъекта РФ; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013г. №216н), проводится медицинскими организациями, определенными руководителем органа исполнительной власти субъекта РФ.

В случае отсутствия лицензии на медицинскую деятельность в части выполнения работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации, поликлиника привлекает медицинских работников иных медицинских организаций в соответствии с заключенными между этими медицинскими организациями договорами.

3.16. Диспансеризация определенных групп взрослого населения (Приказ Министерства здравоохранения РФ №869н от 26 октября 2017г.), профилактические медицинские осмотры взрослого населения (Приказ Министерства здравоохранения РФ №1011н от 6 декабря 2012 г.), профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (Приказ Министерства здравоохранения РФ № 514н от 10 августа 2017 г.) проводятся медицинскими организациями по месту приписки застрахованного лица.

3.17. Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения (I-этап), профилактических медицинских осмотров взрослого населения и

профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется в размере полного тарифа законченного случая проведенного мероприятия при выполнении полного перечня исследований, предусмотренных законодательством.

В случае предоставления на оплату законченного случая указанных профилактических мероприятий, при которых часть исследований проведена в период, предшествовавший мероприятию, оплата осуществляется в размере стоимости проведенных медицинских услуг.

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

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

Оплата II этап диспансеризации осуществляется по тарифу стоимости проведенных медицинских услуг (посещения врачей – специалистов и т.д.).

Оплата случаев комплексного обследования в «Центрах здоровья» осуществляется при полном выполнении перечня исследований, предусмотренных законодательством в размере установленного тарифа.

3.18. Оплата амбулаторной медицинской помощи пациентам в медицинских организациях (подразделениях медицинских организаций), оказывающих стационарную помощь, осуществляется при наличии соответствующей лицензии на указанный вид медицинской деятельности.

Формирование реестров на оплату осуществляется на основании учетных форм медицинской документации, предусмотренных законодательством при оказании амбулаторной медицинской помощи.

Оплата осуществляется в размере тарифа разового посещения врача-специалиста соответствующего профиля оказания медицинской помощи по поводу заболевания.

3.19. При оказании амбулаторной стоматологической медицинской помощи оплата осуществляется в размере тарифа обращения (законченного страхового случая лечения с 2 и более посещениями), разового посещения по поводу заболевания, консультации, диспансерного наблюдения, стоматологического обследования в рамках мероприятий, предусмотренных законодательством.

Тарификация обращений (посещений) по поводу заболеваний осуществляется в разрезе групп заболеваний.

3.19.1. К обращениям (законченным страховым случаям лечения с 2 и более посещениями) при оказании стоматологической помощи относятся случаи оказания медицинской помощи, регламентированные нормативными документами и завершившиеся устранением причины заболевания или достижением стойкой ремиссии, при отсутствии необходимости повторного обращения по данному заболеванию в течение 30 дней со дня завершения лечения. Обращение складывается из первичных и повторных посещений.

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

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

В случаях одновременного проведения профилактического осмотра и оказания стоматологической медицинской помощи, реестр счета за проведение профилактического осмотра дополнительно к тарифу не выставляется.

Не допускается при формировании счетов на оплату совпадение даты оказания профилактических осмотров и периодов оказания медицинской помощи, связанной с лечением заболеваний.

При проведении профилактических мероприятий, предусмотренных законодательством (все виды диспансеризаций, профилактических осмотров несовершеннолетних, комплексное обследование в «Центрах здоровья» и т.д.), стоимость стоматологического обследования (профилактического осмотра) включена в тариф стоимости мероприятия и не предусматривает формирования отдельного счета на оплату за оказанную стоматологическую помощь.

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

3.21. За счет межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, осуществляется финансирование:

3.21.1. первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические

расстройства и расстройства поведения, в том числе, связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ);

3.21.2. паллиативной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе выездными патронажными службами;

3.21.3. профилактическая работа ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области» по подушевому нормативу;

3.21.4. проведение в консультативно-диагностической поликлинике ГАУ Калининградской области «Региональный перинатальный центр» медико-генетических исследований, не предусмотренных базовой программой;

3.21.5. обследований беременных женщин на инфекции, передаваемые половым путем, в объеме, определенном приказом Управления здравоохранением Администрации Калининградской области от 15.12.2002 года № 320, по направлению врачей по профилю «акушерство и гинекология», оказывающих первичную специализированную медико – санитарную помощь в медицинских организациях, работающих в системе ОМС Калининградской области.

3.21.6. кабинетов детских образовательных учреждений, входящих в структуру медицинских организаций, по утвержденному подушевому нормативу, за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования;

3.21.7. стоматологической медицинской помощи, оказанной врачами-ортодонтами в государственных медицинских организациях детскому населению, за исключением лечения с использованием несъемных ортодонтических конструкций.

3.21.8. углубленное медицинское обследование лиц, занимающихся спортом, на различных этапах спортивной подготовки, проводимое на базе ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области.

4. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установить:

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

4.1.1. базовой программы ОМС в сумме 5 155,1 рублей;

4.1.2. на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 821,0 рублей.

4.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 24 446,06 рублей;

4.3. Перечень групп заболеваний в разрезе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение № 3.4.1).

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

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

4.6. Перечень КСГ заболеваний с прерванными случаями лечения (летальный исход, перевод в другую организацию, отказ пациента от лечения) со сроками лечения 4 дня и более, которые оплачиваются в определенном размере от стоимости тарифа на 2018 год (приложение № 3.4.3.1).

4.7. Перечень услуг в составе клинико-статистических групп, к которым применяется КСЛП при проведении сочетанных хирургических вмешательств (приложение 3.4.4.).

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

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

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

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

где

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

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

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

4.10 Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

- управленческий коэффициент (приложение № 3.4.1);

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи (приложение № 3.4.7);

- коэффициент сложности лечения пациента (приложение № 3.4.8).

4.11. Прерванные случаи лечения (в том числе с длительностью 3 дня и менее), не включенные в приложение № 3.4.4, оплачиваются в неполном объеме:

- терапевтические КСГ заболеваний в размере 30% от стоимости заболевания по соответствующей терапевтической клинико-статистической группе;

- хирургические КСГ заболеваний (хирургические виды лечения) в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ (в случае выполнения хирургического вмешательства, являющегося основным классификационным признаком отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ).

Прерванные случаи лечения (в том числе с длительностью 4 дня и более), включенные в приложение № 3.4.3.1, оплачиваются в объеме:

- терапевтические КСГ заболеваний в размере 55% от стоимости заболевания по соответствующей терапевтической клинико-статистической группе;

- хирургические КСГ заболеваний (хирургические виды лечения) в размере 85% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ (в случае выполнения хирургического вмешательства, являющегося основным классификационным признаком отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ).

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

4.13. Тариф стоимости случая госпитализации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях при социально-значимых заболеваниях, прочим видам медицинских и иных услуг (приложение № 3.4.10). В случаях лечения пациентов в ГБУЗ Калининградской области «Психиатрическая больница № 4», отделениях №1, №4, №7 ГБУЗ Калининградской области «Психиатрическая больница № 2» формирование счетов на оплату осуществляется за отчетный календарный период (месяц) с указанием исхода заболевания «без перемен».

При длительности лечения меньше отчетного календарного периода (месяца) оплата осуществляется в размере стоимости прерванного случая лечения.

4.14. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях необходимо наличие направления на госпитализацию, выданного:

- врачом общей практики (семейным врачом), медицинской организацией, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи;

- врачом-специалистом, оказывающим специализированную медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях;

- медицинскими работниками скорой медицинской помощи;

- главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения Калининградской области;

- при самостоятельном обращении гражданина в приемное отделение стационарного учреждения здравоохранения при наличии показаний к экстренной госпитализации.

5. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установить:

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

5.1.1. базовой программы ОМС в сумме 877,2 рублей;

5.1.2. на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 12,4 рублей.

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

5.2.1. размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ - 11 122,05 рубля.

5.3. Перечень групп заболеваний по клинко-статистическим группам (КСГ) с коэффициентами относительной затратоемкости КСГ (Приложение № 3.5.1).

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

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

5.6. Перечень КСГ заболеваний в дневном стационаре, к которым необходимо применять повышающий УК при снижении базовой ставки на 2018 год (приложение № 3.5.4).

5.7. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

- управленческий коэффициент - 1;
- коэффициент уровня оказания медицинской помощи (приложение № 3.5.5);

- коэффициент сложности лечения пациента (приложение № 3.5.6).

5.8. Прерванные случаи лечения (длительностью 3 дня и менее) оплачиваются в неполном объеме:

- терапевтические КСГ заболеваний в размере 40% от стоимости заболевания по соответствующей терапевтической клинко-статистической группе;

- хирургические КСГ заболеваний (хирургические виды лечения) в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

5.9. Случаи лечения в дневном стационаре оплачиваются при наличии направления, выданного врачом общей практики (семейным врачом), врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом-специалистом поликлиники, главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения Калининградской области, врачом стационара круглосуточного пребывания, врачами-специалистами консультативно-поликлинических

отделений ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области». Направление фондодержателя на лечение в дневных стационарах онкологического профиля не требуется.

5.10. Тариф стоимости медицинских услуг на проведение заместительной почечной терапии методом диализа на 2018 год (приложение № 3.5.7).

5.11. Тариф стоимости случая лечения, оказанного в условиях дневного стационара, при оказании медицинской помощи по видам и условиям, не установленным базовой программой ОМС (приложение № 3.5.8).

6. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установить:

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 в год в сумме 667,4 рублей.

6.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой и скорой специализированной медицинской помощи (приложение № 3.6.1).

6.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой скорой медицинской помощью вне медицинской организации (приложение № 3.6.2).

6.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (приложение № 3.6.3).

6.5. Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования станции (отделений) скорой медицинской помощи на 2017 год (приложение № 3.6.4)

6.6. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи по специализации выезжающих бригад: специализированной, врачебной общепрофильной, фельдшерской. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной пациентам при остром коронарном синдроме с проведением тромболитической терапии осуществляется по тарифу стоимости одного вызова с медикаментозным обеспечением при остром коронарном синдроме (тромболизис).

Оплате подлежат вызовы скорой медицинской помощи, зарегистрированные в «Информационной системе скорой медицинской помощи Калининградской области» (далее - ИССМП).

Вызовы в ИССМП поступают:

- при централизованном управлении бригадами скорой медицинской помощи - через объединенный информационный диспетчерский пункт ГБУЗ КО «Городская станция скорой медицинской помощи»;

- при децентрализованном управлении бригадами скорой медицинской помощи – через автоматизированное рабочее место отделений (станций) скорой медицинской помощи государственных медицинских организаций и медицинских организаций иных форм собственности, возможна передача вызова по телефону.

При вызове скорой медицинской помощи осуществляется обязательная аудиозапись обращений пациентов.

6.7. Не подлежат оплате вызовы, не зарегистрированные в ИССМП и не подтвержденные электронными картами вызовов, контрольными талонами.

Дополнительно в электронную карту вызова вносятся следующие данные – дата смены, № контрольного талона, время поступления вызова, время получения вызова бригадой скорой медицинской помощи, время доезда, адрес вызова скорой медицинской помощи.

6.8. Медицинские организации иных форм собственности выделяют постоянные бригады (фельдшерские, врачебные) для оказания скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

6.9. Расчеты за оказанную скорую медицинскую помощь государственными медицинскими организациями и организациями иных форм собственности жителям других муниципальных образований, не закрепленных для обслуживания за указанными медицинскими организациями, производятся страховыми медицинскими организациями путем вычета стоимости услуги скорой медицинской помощи из средств подушевого финансирования скорой медицинской помощи по месту приписки застрахованного.

6.10. С учетом поводов к вызовам скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной форме в соответствии с положениями пунктов 11 и 13 Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н, сроки (время) доезда до пациентов бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме установлено до 20 минут.

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.

1. 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 на 2018 год установлен приложением № 4.1.1.

V. Заключительные положения.

1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 1 января 2018 года и действует до 31.12.2018 года.

2. Признать утратившим силу Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2017 год в редакции от 13.12.2017 г.

3. Документы, принятые в рамках настоящего Соглашения, являются обязательными к исполнению на территории Калининградской области.

4. Соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются

неотъемлемой частью настоящего Соглашения с момента их подписания Сторонами. Инициатором пересмотра или изменения Соглашения может выступить любая из Сторон.

5. При поступлении дополнительных средств на реализацию программы ОМС, сверх утвержденных ассигнований в законе «О бюджете территориального фонда ОМС Калининградской области на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов», либо в случае перераспределения финансовых средств в рамках исполнения Территориальной программы бесплатного оказания медицинской помощи жителям Калининградской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, базовые тарифы могут индексироваться.

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

Подписи сторон

Министр здравоохранения
Калининградской области

Кравченко
Юрьевич

Александр

Заместитель
Правительства
области

Председателя
Калининградской

Баринов
Александрович

Илья

Заместитель
здравоохранения
области

министра
Калининградской

Семенова Елена Ивановна

Директор территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Калининградской
области

Семенюк
Борисовна

Элеонора

Заместитель
территориального
обязательного
страхования
области

директора
фонда
медицинского
Калининградской

Отинова Лолита Витауто

Начальник
экономического
территориального
обязательного
страхования
области

финансово-
отдела
фонда
медицинского
Калининградской

Старостина
Яковлевна

Галина

Исполнительный директор
Калининградского филиала
Акционерного общества «Страховая
компания «СОГАЗ-Мед»



Дивакова
Владимировна

Лариса

Генеральный директор Акционерного
общества «Областная медицинская
страховая компания»



Алекберова
Владимировна

Мария

Директор Филиала общества с
ограниченной ответственностью
«Росгосстрах - Медицина» -
«Росгосстрах - Калининград -
Медицина»



Тугушев Олег Каримович

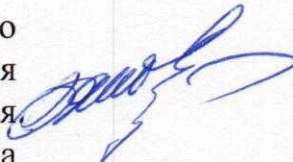
Главный врач Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения «Областная
клиническая больница
Калининградской области»



Висков
Владимирович

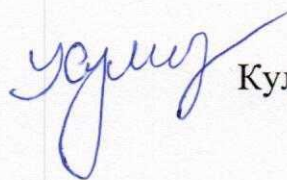
Роман

Главный врач Государственного
автономного учреждения
здравоохранения «Областная
стоматологическая поликлиника
Калининградской области»



Волков Евгений Борисович

Главный врач Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения Калининградской
области «Центральная городская
клиническая больница»



Куликов Сергей Иванович

Председатель региональной
общественной организации
«Врачебная палата Калининградской
области»



Краснова
Геннадиевна

Ольга

Член Совета региональной
общественной организации
«Врачебная палата Калининградской
области»



Маляров
Михайлович

Александр

Член региональной общественной
организации «Врачебная палата




Китлинская
Николаевна


Нина

Калининградской области»

Заместитель общественной «Калининградское объединение профсоюзов»	председателя организации областное организаций
---	---

 Орлова Елена Васильевна

Председатель областной организации работников Российской Федерации	Калининградской организации профсоюза здравоохранения
---	---

 Сергутко Ирина Леонидовна

Заместитель Калининградской организации профсоюза здравоохранения Федерации	председателя областной работников Российской
---	---

 Рудь Людмила Алексеевна