

1.2.3. Тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), рассчитываются в соответствии с федеральными нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, предусмотренными ТП ОМС из средств ОМС на 2019 год. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС на 2019 год сформированы с учетом:

- Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Калмыкия на 2019 год и на плановый период 2020 – 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Калмыкия от 25 декабря 2018 г. № 405;

- видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования постановлением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018г. № 1506 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов";

- рекомендаций, содержащихся в письме Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2018г. № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

- Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобрено 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 12 ноября 2018 года № 66/11/15), и Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования;

и в соответствии с:

- численностью застрахованных лиц;
- объемами медицинской помощи, утвержденными Комиссией по разработке ТП ОМС (далее — Комиссия) (распределенными по клинко-статистическим группам заболеваний (КСГ); высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов; с учетом врачебных специальностей в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях);

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

- показателями доходной части бюджета ТФОМС РК на 2019 год в соответствии с Законом Республики Калмыкия «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

Настоящее соглашение распространяет свое действие на всех участников ОМС, участвующих в реализации ТП ОМС.

2. Способы оплаты медицинской помощи

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

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1) перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (Приложение №1), включающий следующие разделы:

1.1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), с учетом перечня медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

1.2) за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам застрахованным на территории других субъектов РФ, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), с учетом перечня 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);

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

первичная доврачебная медико-санитарная помощь, первичная врачебная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в экстренной и плановой формах в посещениях с профилактической и иными целями и обращениях по заболеваниям.

3) Перечень единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, оплачиваемых по отдельным тарифам за оказанную медицинскую помощь:

а) посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, которая не включается в подушевой норматив финансирования:

- неотложная медицинская помощь;

- стоматология, стоматология детская, стоматология терапевтическая, стоматология общей практики, стоматология хирургическая, ортодонтия.

б) 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, профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, профилактические медицинские осмотры взрослого населения);

в) медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющими прикрепившихся лиц;

г) медицинская помощь, оказываемая Центрами здоровья;

д) магнитно-резонансная томография, рентгеновская компьютерная томография, услуги с применением телемедицинских технологий;

е) услуги диализа.

4) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей (Приложение №2).

Под термином «посещение» следует понимать прием (осмотр) пациента врачом, ведущим амбулаторный прием, или средним медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный амбулаторный прием, по любому поводу с последующим назначением лечения, записью данных динамического наблюдения, назначенного обследования, постановкой диагноза и соответствующей записью в амбулаторной карте.

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

- случаев оказания медицинской помощи по специальности «стоматология», при условии, что медицинскую помощь оказывают врачи-стоматологи разной специализации;

- посещений врачей-педиатров здравпунктов (медпунктов) дошкольных, школьных и др. образовательных учреждений, являющихся структурными подразделениями МО, при выявлении у детей заболевания, и участкового врача-педиатра МО;

- посещений среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, в случае посещения пациентом в один день кабинета доврачебного осмотра и смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения).

В БУ РК «Республиканская больница им. П. П. Жемчуева» консультация, оказанная сосудистым хирургом, оплачивается по профилю «хирургия» и в случае обращения пациента в один день и к сосудистому хирургу и к общему хирургу, медицинская организация вправе представить к оплате оба посещения по профилю «хирургия».

Районные больницы вправе предъявлять к оплате реестры счетов оказанной помощи детскому населению по специальности «хирургия» в амбулаторных условиях, в условиях стационара и дневного стационара, за исключением диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в

приемную или патронатную семью. При проведении профилактических осмотров несовершеннолетних участвует врач-хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей хирургических заболеваний у детей.

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

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

- посещения, в связи с наблюдением за нормально протекающей беременностью;
- посещения специалистов в центрах здоровья с целью динамического наблюдения;
- посещения в связи с диспансерным наблюдением;
- посещения с целью патронажа;
- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- осмотры контактных в очаге инфекционного заболевания;
- женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт; по поводу аборт, проводимых в амбулаторных условиях; по поводу применения противозачаточных средств; после абортов, проведенных в стационаре;
- осмотры при решении вопроса о проведении профилактических прививок;
- посещения при оформлении опеки и попечительства;
- посещения по поводу обследования в связи с занятиями спортом;
- другие медицинские осмотры, осуществляемые в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания, в том числе с консультативной целью, посещения, связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию в круглосуточный или дневной стационар, посещение больного для повторной выписки рецепта, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов).

Обращение в связи с заболеванием включает: первичное и повторные посещения, выполненные медицинскими работниками одной специальности по одному поводу обращения, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

По стоматологической помощи оплата осуществляется за 1 посещение с профилактической целью и за 1 обращение. У.Е.Т (условная единица трудозатрат) учитывается для отражения в отчетных формах. Медицинские организации учитывают условные единицы трудоемкости в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной

специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 3).

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях,

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) с учетом перечня медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (Приложение №5);

Под понятием «законченный случай лечения заболевания» следует понимать случаи лечения пациентов в условиях круглосуточного стационара, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), на основе медицинских стандартов, включая летальный исход.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара по КСГ и стоимость соответствующей КСГ.

Случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее-ВМП) предьявляется к оплате по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП, при соответствии кода клинического диагноза согласно МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения параметрам, определенным Постановлением Правительства РФ от 10 декабря 2018 N 1506, независимо от средней длительности лечения и исхода заболевания.

Если в течение одного случая оказания специализированной медицинской помощи пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, случай оказания медицинской помощи предьявляется на оплату по тарифу хирургической КСГ большей стоимости. При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указываются коды всех выполненных пациенту хирургических вмешательств согласно Номенклатуре.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратноемкость группы, к которой данный случай отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратноемкости терапевтической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, оплата может осуществляться по терапевтической группе. Данный подход отнесения случая к КСГ большей стоимости не применяется для комбинаций КСГ приведенных в Приложении №6, при которых случай оказания медицинской помощи предьявляется к оплате по тарифу хирургической КСГ.

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Группы круглосуточного стационара, являющиеся исключениями, оплата которых осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения приведены в Приложении №7.

В случае, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 90 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – в полном объеме по соответствующей КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - в полном объеме по соответствующей КСГ.

Если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ. В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 50% от стоимости КСГ; при длительности лечения более 3-х дней - в полном объеме по соответствующей КСГ.

Если фактическое количество дней облучения (фракций) в рамках прерванного случая проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, соответствует количеству дней облучения в тарифе, предусмотренному в описании КСГ, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ. В случае, если фактическое количество дней облучения меньше предусмотренного, то оплата осуществляется при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 50% от стоимости КСГ; при длительности лечения более 3-х дней - в полном объеме по соответствующей КСГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной) или из одной медицинской организации в другую, 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, оба случая лечения заболевания подлежат оплате по тарифам соответствующих КСГ.

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, оказанная

медицинская помощь предъявляется к оплате как один случай оказания медицинской помощи по тарифу КСГ с наибольшим размером оплаты.

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации и сопровождается изменением условий оказания медицинской помощи (перевод из стационара в дневной стационар), а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате как один случай оказания медицинской помощи по тарифу КСГ с наибольшим размером оплаты.

Если перевод производится из одной медицинской организации в другую, а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, медицинская помощь предъявляется к оплате по правилам, установленным для оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП). При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней (Приложение №8).

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039 - st19.055), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП. (Приложение № 9).

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.

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

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

Кдл – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов. Для обычных отделений – 0,25, для реанимационных отделений – 0,4;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

Оплата случаев лечения пациента при наличии у него старческой астении осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП). Размер коэффициента КСЛП составляет 1,4. КСЛП применяется при выполнении следующих условий:

1. Основной диагноз пациента - не старческая астения (R54);
2. Сопутствующий диагноз пациента - старческая астения (R54);

3. Лечение осуществляется на геронтологической профильной койке.

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛПсумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$\text{КСЛПСУММ} = \text{КСЛП1} + (\text{КСЛП2} - 1) + (\text{КСЛПn} - 1)$$

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное суммарное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 "Осложнения, связанные с беременностью" и st02.003 "Родоразрешение", а также st02.001 "Осложнения, связанные с беременностью" и st02.004 "Кесарево сечение" возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

Оплата по двум КСГ осуществляется также в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)).

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ) с учетом перечня

медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с распределением по уровням оказания МП (Приложение №10).

Под понятием «законченный случай лечения заболевания» следует понимать случаи лечения пациентов в дневных стационарах всех типов, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), на основе медицинских стандартов, включая летальный исход.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров и КСГ, а также стоимость соответствующей КСГ.

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, кроме случаев, являющихся исключениями. Группы дневного стационара, являющиеся исключениями, оплата которых осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения приведены в Приложении №7.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 90 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – в полном объеме по соответствующей КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - в полном объеме по соответствующей КСГ.

Если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ. В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 50% от стоимости КСГ; при длительности лечения более 3-х дней - в полном объеме по соответствующей КСГ.

Если фактическое количество дней облучения (фракций) в рамках прерванного случая проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, соответствует количеству дней облучения в тарифе, предусмотренному в описании КСГ, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ. В случае, если фактическое количество дней облучения меньше предусмотренного, то оплата осуществляется при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 50% от стоимости КСГ; при длительности лечения более 3-х дней - в полном объеме по соответствующей КСГ.

Оплата больных, переведенных из одного отделения дневного стационара в другое, и в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар (и наоборот), оплачивается как один случай по КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратоемкости, за исключением случаев перевода, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Такие случаи оплачиваются по двум КСГ. За исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

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

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

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

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.005 "Экстракорпоральное оплодотворение" без применения КСЛП.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), I - II этапов (получение яйцеклетки), I - III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов, к КСГ ds02.005 применяется КСЛП в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.005 с применением КСЛП в размере 0,19.

2.4. При оплате скорой медицинской помощи

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, в том числе с учетом проведения тромболизиса.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации отражен в Приложении №11.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи.

Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с ТП ОМС и в части 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.

3.2. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установлены:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС, 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 – 3 482,80 рублей;

2) размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу составляет 1 568,75 руб..

Порядок определения размера дифференцированного подушевого норматива финансирования оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Приложение №12).

3) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях, рассчитанные для соответствующей медицинской организации (Приложение № 18).

4) средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для групп медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи (Приложение № 19);

5) Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, в том числе:

Тарифы на оплату медицинской помощи оказываемой в амбулаторных условиях (посещение с профилактической целью, обращение по заболеванию) по специальностям для МО не имеющих прикрепленного населения, в том числе применяемые при оплате медицинской помощи, оказанной лицам застрахованным на территории других субъектов РФ (Приложение № 13, 14);

Тарифы на оплату посещения центров здоровья с целью проведения комплексного обследования и неотложной медицинской помощи населению, в том числе применяемые при оплате медицинской помощи, оказанной лицам застрахованным на территории др. субъектов РФ (Приложение №15);

Тарифы на оплату проведения 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения и пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 1 этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приложение № 16);

Оплата проведения первого и второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии приказом Минздрава России от 26.10.2017 N 869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" производится за законченный случай проведения первого этапа диспансеризации, посещение при проведении второго этапа диспансеризации (Приложение № 13).

Законченным является случай проведения диспансеризации при условии выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола.

В случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации является завершенным, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры .

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения и несовершеннолетних (Приложение № 17);

б) тарифы на отдельные медицинские услуги (Приложение № 20).

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

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС, 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 – 4 676,61 рублей;

2) перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара (Приложение № 21);

3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 21 885,31 рублей;

4) значения коэффициентов:

а) коэффициент дифференциации – 1,049, является единым для всей территории Республики Калмыкия;

б) коэффициент сложности лечения пациента - 1,4;

в) коэффициент уровня оказания медицинской помощи (приложение № 21):

коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, указанных в подпункте 1 пункта 5.2 настоящих Требований, - 0,95;

коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, указанных в подпункте 2 пункта 5.2 настоящих Требований, - 1,1, для подуровня 1.1 - от 0,98, для подуровня 1.2 - 1,08;

коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, указанных в подпункте 3 пункта 5.2 настоящих Требований, - 1,3;

5) тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ), с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 21).

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

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС, 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 – 1 008,37 рублей;

2) перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп и коэффициенты относительной затратно-емкости КСГ, для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение № 23);

3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 12 127,00 рублей;

4) тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) (Приложение № 23).

3.5. При оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установлены:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС, 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 – 662,32 рублей;

2) размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 686,12 рублей;

порядок определения размера дифференцированного подушевого норматива финансирования оплаты скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне медицинской организации (Приложение № 12).

3) тарифы на оплату 1 вызова скорой медицинской помощи, в том числе оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ (Приложение № 24);

4) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи, рассчитанные для соответствующей медицинской организации (Приложение № 25).

5) средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для групп медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи (Приложение № 26).

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

Размер базового тарифа на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») – 3 892,01 рублей и на оплату перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ») – 3 094,06 рублей, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ. Для последующего расчета остальных услуг диализа, оказываемых на территории субъекта Российской Федерации, к базовому тарифу применяются рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости и коэффициент дифференциации (1,049) к стоимости услуги с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Тарифы на оплату услуг диализа представлены в Приложении № 4.

В Республике Калмыкия выполняются услуги диализа при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний, на которые устанавливаются тарифы на следующие услуги для осуществления дополнительной оплаты услуг к стоимости КСГ:

А18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;

А18.05.001.001 Плазмообмен;

А18.05.001.003 Плазмодиафильтрация;

А18.05.001.005 Плазмофильтрация селективная;

А18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;

3.7 Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 22).

4. 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

4.1. Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи по ОМС по предъявленным к оплате тарифам, санкции к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС применяются страховой организацией и фондом согласно приказам Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" и Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

4.2. За неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества применяются санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа, согласно Приложению № 27 настоящему соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Соглашение вступает в действие с момента его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2019 года по 31 декабря 2019 года.

5.2. Настоящее Соглашение может быть изменено или дополнено. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

5.3. Индексация тарифов осуществляется при увеличении показателей доходной части бюджета ТФОМС Республики Калмыкия путем применения повышающего коэффициента к утвержденным тарифам.

5.4. В случае невыполнения МО объемов медицинской помощи, определенных планами-заданиями, выплата заработной платы и финансирование других статей, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, на невыполненный объем не являются обязательством системы ОМС.

5.5. Приложения к настоящему соглашению являются его неотъемлемой частью.