

**Дополнительное соглашение № 5
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
в сфере обязательного медицинского страхования
Амурской области на 2018 год**

г. Благовещенск

30 мая 2018 г.

Министерство здравоохранения Амурской области в лице министра здравоохранения Амурской области А.Ю.Субботина,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Амурской области в лице и.о. директора Ю.Г.Максимова,

Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области, в лице директора Амурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Е.Л.Дьячковой,

Региональная общественная организация «Медицинская Палата Амурской области» в лице председателя правления А.В. Платонова,

Амурская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице и.о. председателя Е.Н.Азаровой,

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области и именуемые в дальнейшем Стороны, пришли к соглашению о внесении следующих изменений и дополнений в тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области от 21.12.2017 года:

1. Раздел 2:

- абзац второй подпункта в) пункта 2.15.1.2. изложить в следующей редакции:

«- при проведении компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии амбулаторным больным в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Амурской области, утверждающими порядок направления населения Амурской области на прохождение компьютерной и магнитно-резонансной томографии при амбулаторном лечении в медицинские организации Амурской области, подведомственные министерству здравоохранения области»;

- абзац четвертый подпункта в) пункта 2.15.2. изложить в следующей редакции:

«- при проведении компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии амбулаторным больным в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Амурской области, утверждающими порядок направления населения Амурской области на прохождение компьютерной и магнитно-резонансной томографии при амбулаторном лечении в медицинские организации Амурской области, подведомственные министерству здравоохранения области»;

- пункт 2.16.:

- исключить абзац «Стандарт медицинской помощи считается выполненным в случае исполнения не менее 80% медицинских услуг, установленных стандартом обследования, с частотой 1 без учета кратности их предоставления и при исполнении не менее 90% медицинских услуг, установленным стандартом лечения, при отсутствии дефектов лечения.».

2. Раздел 3:

- пункт 3.14. «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» изложить в следующей редакции:

- «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, предусматривают компенсацию расходов в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания и сопутствующего; расходов приемного отделения; профильного отделения; консультации специалистов, в том числе из других медицинских организаций; оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами; все виды анестезии, включая наркоз; лабораторные и рентгенологические исследования; визиографию; другие лечебно-диагностические исследования; физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж; лечебную физкультуру, и т.д.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы 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 ОМС, составляет 7376,6 рублей в год.

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, определены в соответствии с:

а) перечнем КСГ и коэффициентами относительной затроемкости (приложение № 29а).

б) коэффициентом дифференциации тарифов с учетом территориального РК (КДсуб) (приложение № 1а);

в) коэффициентом уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУС):

- для медицинских организаций I уровня:
- подуровня I.I. – 1,2;
- подуровня I.II. – 0,95;
- для медицинских организаций II уровня:
- подуровня II.I. – 1,12;
- подуровня II.II. – 1,1;
- подуровня II.III. – 1,05;
- для медицинских организаций III уровня:
- подуровня III.I. – 1,31;
- подуровня III.II. – 1,16;
- подуровня III.III. – 1,4;
- подуровня III.IV. – 1,11.

При этом средние значения КУС составляют для медицинских организаций I уровня – 0,95, для медицинских организаций II уровня – 1,1, для медицинских организаций III уровня – 1,3.

г) коэффициентом сложности лечения пациента (КСЛП);

д) управленческим коэффициентом (КУ) (приложение № 23б).

Стоимость законченного случая лечения заболевания в стационаре по КСГ (ССкsg) определяется по следующей формуле:

$ССкsg = БС * КДсуб * КЗкsg * КУС * КСЛП * КУ * (50\%; 60\%; 80\%; 85\%; 100\%)$, где

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка);

КДсуб – коэффициент дифференциации тарифов с учетом территориального РК;

КЗкsg - коэффициент относительной затроемкости;

КУС - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

КУ – управленческий коэффициент.

Перечень КСГ, к которым не применяется КУС при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, определен приложением № 31.

В случаях с обоснованной сверхдлительной госпитализацией, где критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней (приложение № 35), устанавливается КСЛП.

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

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

где

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

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

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 16706 рублей.».

- пункт 3.15. «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара» изложить в следующей редакции:

- «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, предусматривают компенсацию расходов как по основному профилю дневного стационара, так и расходов параклинических подразделений.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы 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 ОМС, составляет 1285,2 рублей в год.

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара определены в соответствии с:

а) перечнем КСГ и коэффициентами относительной затратно-емкости (приложение № 30);

б) коэффициентом дифференциации тарифов с учетом территориального РК (КДсуб) (приложение № 1а);

в) коэффициентом уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (КУС):

- для медицинских организаций I уровня:

- подуровня I.I. – 1,2;

- подуровня I.II. – 1,0.

Стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре по КСГ (ССкsg) определяется по следующей формуле:

$ССкsg = \text{БС} * \text{КДсуб} * \text{КЗкsg} * \text{КУС} * (50\%; 60\%; 80\%; 85\%; 100\%)$, где

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка);

КДсуб – коэффициент дифференциации тарифов с учетом территориального РК;

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости;

КУС – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 12082 рубля.».

3. Установить с 01.06.2018 года:

- Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Амурской области с учетом территориального РК согласно приложению № 1а к Тарифному соглашению;

- Тарифы на оплату услуг диализа согласно приложению № 17в к Тарифному соглашению;

- Управленческие коэффициенты (КУ) КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара) согласно приложению № 23б.

4. Признать утратившими силу с 01.06.2018 года:

- Приложение № 1 к Тарифному соглашению;

- Приложение № 17а к Тарифному соглашению;

- Приложение № 23а к Тарифному соглашению.

5. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с 01 июня 2018 года.

Министр здравоохранения
Амурской области



Ю. Субботин
Ю. Субботин
30 мая 2018 г.

И.о. директора Территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Амурской области



Ю. Г. Максимов
Ю. Г. Максимов
30 мая 2018 г.

Председатель правления
Региональной общественной
организации «Медицинская
палата Амурской области»



А. В. Платонов
А. В. Платонов
30 мая 2018 г.
ИНН 2801177860
ОГРН 1142800000727

И.о. председателя Амурской
областной организации
профсоюза работников
здравоохранения



Е. Н. Азарова
Е. Н. Азарова
30 мая 2018 г.

Директор Амурского филиала
АО «Страховая компания
«Согаз-мед»



Е. Л. Дьячкова
Е. Л. Дьячкова
30 мая 2018 г.