

**Дополнительное соглашение № 2
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
в сфере обязательного медицинского страхования
Амурской области на 2019 год**

г. Благовещенск

22 февраля 2019 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 председателя Л.М.Комаровой,

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 29.12.2018 года:

1. Раздел 2:

- абзац «-по подушевому нормативу на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи» подпункта а) пункта 2.1. исключить;

- подпункт 2.15.1.3. пункта 2.15. исключить.

2. Раздел 3:

- пункт 3.13. изложить в следующей редакции:

«3.13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями,

участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Амурской области, 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 5911,4 рублей в год.

Половозрастные коэффициенты дифференциации
подушевого норматива:

Возраст	Пол	Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива
0 – 1 год	мужчина	4,73735
	женщина	4,55663
1 -4 года	мужчина	2,01762
	женщина	2,01672
5 – 17 лет	мужчина	1,19669
	женщина	1,26159
18 – 59 лет	мужчина	0,47331
18 – 54 года	женщина	0,93702
60 лет и старше	мужчина	0,96629
55 лет и старше	женщина	1,33123

В части финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу, базовый (средний) подушевой норматив (ПНбаз) составляет 3294,37 рублей в год.

Расчет подушевых нормативов для однородных групп медицинских организаций производится по следующей формуле:

$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times СКД_{ИНТ}^i$, где:

$ДПН^i$ – дифференцированный подушевой норматив для i -той группы медицинских организаций, рублей;

$СКД_{ИНТ}^i$ – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i -той группы медицинских организаций (приложение 27а к Тарифному соглашению).

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$K_{\text{Динт}} = K_{\text{Дпв}} \times K_{\text{Дсуб}}$, где:

$K_{\text{Динт}}$ – интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

$K_{\text{Дпв}}$ – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$K_{\text{Дсуб}}$ – районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и, в случае существенных различий, объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ($СКД_{\text{инт}}^i$).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}{ПН_{БАЗ} \times Ч_3}, \text{ где}$$

$Ч_3^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе медицинских организаций, человек;

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i -той группы медицинских организаций (ФДПН) рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДПН^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i -той группы медицинских организаций, рублей.

Размер месячного дифференцированного подушевого норматива по группам медицинских организаций приведен в приложении № 2а к Тарифному соглашению.»

- пункт 3.15. изложить в следующей редакции:

«3.15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

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 1727,2 рублей в год.

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

а) перечнем КСГ и коэффициентами относительной затратоемкости (приложение № 29);

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.

г) управленческим коэффициентом (КУ) (приложение № 46).

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

$$ССксг = БС * КЗксг * КУ * КУС * КДсуб * (40\%; 60\%; 80\%; 90\%; 100\%),$$

где

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

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости;

КУ – управленческий коэффициент;

КУС - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара;

КДсуб – коэффициент дифференциации тарифов с учетом территориального РК.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 11605 рублей.».

- пункт 3.16. изложить в следующей редакции:

«3.16. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, предусматривают компенсацию расходов за выполненный вызов по видам выездных бригад (фельдшерской, врачебной, специализированной) и назначению (общепрофильной, специализированной, транспортной).

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Амурской области, 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 1014,8 рублей в год.

Половозрастные коэффициенты дифференциации
подушевого норматива:

Возраст	Пол	Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива
0 – 1 год	мужчина	4,20609
	женщина	3,92093
1 – 4 года	мужчина	2,05135
	женщина	1,91670
5 – 17 лет	мужчина	0,62578
	женщина	0,60592
18 – 59 лет	мужчина	0,55986
18 – 54 года	женщина	0,67242
60 лет и старше	мужчина	1,60745
55 лет и старше	женщина	1,94995

В части финансирования скорой медицинской помощи по подушевому нормативу базовый (средний) подушевой норматив (ПНбаз) составляет 1004,5 рублей в год.

Расчет подушевых нормативов для однородных групп медицинских организаций производится по следующей формуле:

$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times СКД_{ИНТ}^i$, где:

$ДПН^i$ – дифференцированный подушевой норматив для i -той группы медицинских организаций, рублей;

$СКД_{инт}^i$ – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i -той группы медицинских организаций (приложение 28а к Тарифному соглашению).

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$КД_{инт} = КД_{пвс} \times КД_{пн} \times КД_{суб}$, где:

$КД_{инт}$ – интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

$КД_{пв}$ – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$КД_{пн}$ – коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения Амурской области;

$КД_{суб}$ – районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и, в случае существенных различий, объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ($СКД_{инт}^i$).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum (ДПн^i \times Ч_3^i)}{Пн_{БАЗ} \times Ч_3}, \text{ где}$$

$Ч_3^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе медицинских организаций, человек;

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i -той группы медицинских организаций (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$\text{ФДПн}^i = \frac{\text{ДПн}^i}{\text{ПК}}, \text{ где:}$$

ФДПн^i – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i -той группы медицинских организаций, рублей.

Размер месячного дифференцированного подушевого норматива по группам медицинских организаций приведен в приложении № 24а к Тарифному соглашению.»

3. Установить с 01.03.2019 года:

- Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц (размер месячного подушевого норматива финансирования) согласно приложению № 2а к Тарифному соглашению;

- Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме согласно приложению № 3а к Тарифному соглашению;

- Тарифы на оплату мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (приказ МЗ РФ от 26.10.2017 № 869н) согласно приложению № 11а к Тарифному соглашению;

- Тарифы по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения (приказ МЗ РФ от 06.12.2012 № 1011н) согласно приложению № 12а к Тарифному соглашению;

- Тарифы на оплату скорой медицинской помощи (размер месячного подушевого норматива финансирования) согласно приложению № 24а к Тарифному соглашению;

- Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях, определенные для однородных групп медицинских организаций согласно приложению № 27а к Тарифному соглашению;

- Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенные для однородных групп согласно приложению № 28а к Тарифному соглашению;


- Управленческие коэффициенты (КУ) КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара) согласно приложению № 46 к Тарифному соглашению.

4. Признать утратившими силу с 01.03.2019 года:

- Приложение № 2 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 3 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 11 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 12 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 24 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 27 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 28 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 43 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 44 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 45 к Тарифному соглашению.

5. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с 01 марта 2019 года.

Министр здравоохранения
Амурской области


А.Ю.Субботин
22 февраля 2019 г.



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


И.Г.Максимов
22 февраля 2019 г.



Председатель правления
Региональной общественной
организации «Медицинская
палата Амурской области»


А.В.Платонов
22 февраля 2019 г.



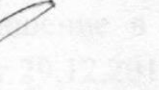
Председатель Амурской
областной организации
профсоюза работников
здравоохранения


Л.М.Комарова
22 февраля 2019 г.



Директор Амурского филиала
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-МЕД»




Е.Л.Дьячкова
22 февраля 2019 г.