

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 2
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Ивановской области на 2020 год**

г. Иваново

06.03.2020

Департамент здравоохранения Ивановской области, в лице члена Правительства Ивановской области - директора Департамента здравоохранения Ивановской области Фокина А.М., территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области, в лице директора Березиной И.Г., страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области, в лице директора филиала «Ивановский» АО «Страховая группа «Спасские ворота-М» Лихова В.Е., Ассоциация врачей Ивановской области, в лице председателя Волкова И.Е., Ивановская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ, в лице члена президиума Полозова В.В., именуемые в дальнейшем «Стороны», руководствуясь статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области на 2020 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение следующие изменения:

1.1. Пункт 2.2 раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«1) в МО, имеющих прикрепившихся лиц:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на

финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

2) за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

3) за единицу объема медицинской помощи:

- за медицинскую услугу при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований и методов лечения - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, гемодиализа интермиттирующего высокопоточного, перитонеального диализа, сцинтиграфии, комплексного исследования для диагностики фоновых и предраковых заболеваний репродуктивных органов у женщины, маммографии (с использованием передвижного маммографа), оптического исследования сетчатки с помощью компьютерного анализатора, секторальной лазеркоагуляции, комплексного исследования для диагностики нарушений зрения, дистанционного наблюдения за показателями артериального давления (при подборе лекарственной терапии, при контроле эффективности лекарственной терапии), нагрузочного ЭКГ-тестирования (велоэргометрия), ПЭТ-КТ;

- за медицинскую услугу в рамках сверх базовой программы ОМС: проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка у беременных женщин, проведение неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

- за медицинскую помощь, оказываемую в Центрах здоровья, впервые обратившимся гражданам в отчетном году для проведения комплексного обследования, и обратившимся гражданам для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача Центра здоровья, а также гражданам, направленных медицинской организацией по месту прикрепления; медицинскими работниками образовательных организаций (первичное и повторное посещение);

- за комплексное посещение при оплате профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации.

Оплата первого этапа диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определенных групп населения осуществляется по законченному случаю.

Оплата второго этапа диспансеризации определенных групп населения производится по тарифу за посещения к врачам-специалистам и предоставленные медицинские услуги;

- за посещение в рамках сверх базовой программы ОМС (в части паллиативной медицинской помощи).

- за посещение, за обращение (законченный случай) с учетом уровней организации медицинской помощи - при оплате медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив финансирования.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по базовой и сверх базовой ТПОМС, в том числе участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении №1 к Тарифному соглашению.».

1.2. Абзац 2 пункта 2.3 раздела 2 Тарифного соглашения дополнить следующими словами:

«Алгоритм формирования различных КСГ с учетом установленных критериев группировки, оплаты по двум КСГ в рамках одного случая лечения, особенности формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного стационара изложены в инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования являющейся дополнением к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленной в субъекты Российской Федерации письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.2019 № 17151/26-1/и (далее - Инструкция)».

1.3. Абзац 5 пункта 2.3 раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«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 и по инициативе медицинской организации, летальном исходе.».

1.4. Абзац 6 пункта 2.3 раздела 2 Тарифного соглашения исключить.

1.5. Пункт 2.3 раздела 2 Тарифного соглашения после абзаца 5 дополнить следующими абзацами:

«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.

Перечень групп, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в Инструкции.

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 - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 70% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Инструкции».

1.6. В абзаце 2 пункта 2.4 раздела 2 Тарифного соглашения исключить слова «, в том числе по профилю «медицинская реабилитация», за случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения (ЭКО))», дополнить слова:

«Алгоритм формирования различных КСГ с учетом установленных критериев группировки, оплаты по двум КСГ в рамках одного случая лечения, особенности формирования отдельных КСГ в условиях дневного стационара изложены в Инструкции».

1.7. В пункте 2.4 раздела 2 Тарифного соглашения абзац 3 изложить в новой редакции:

«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 и по инициативе медицинской организации, летальном исходе.»

1.8. Пункт 2.4 раздела 2 Тарифного соглашения абзац 3 дополнить следующими абзацами:

«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.

Перечень групп, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в Инструкции.

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 - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 70% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Инструкции».

1.9. Абзац 1 пункта 3.3 раздела 3 Тарифного соглашения исключить.

1.10. Абзац 1 пункта 3.4.5 раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«Расчет подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, определен с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов в соответствии с Алгоритмом расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом показателей результативности и межучрежденческих расчетов на 2020 год.»

1.11. Абзац 19 пункта 3.4.5 раздела 3 Тарифного соглашения исключить.

1.12. Пункт 3.5 раздела 3 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«3.5. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области, в расчете на одно застрахованное лицо на 2020 год составляет 5 617,4 рубля, в том числе по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций – 132,9 рубля, по медицинской помощи по профилю «онкология» - 916,7 рубля, по высокотехнологичной медицинской помощи – 1050,4 рубля; по паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях

составляет 66,7 рубля.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) – 22 563,91 рублей.

3.5.2. Перечень КСГ и тарифы на 1 случай госпитализации по КСГ в стационарных условиях по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, приведены в приложении № 22 к настоящему Тарифному соглашению; тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, - в приложении №23 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.3. Тарифы на оплату 1 койко-дня по паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в отделениях паллиативной помощи и отделениях сестринского ухода в рамках сверх базовой ТПОМС, за исключением межтерриториальных расчетов, - приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.4. Расходы на койки по уходу за ребенком при оказании паллиативной медицинской помощи включены в общий тариф на койко-день.

3.5.5. При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на содержание одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний, и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи и заболеваниям, включенным в ТПОМС, путем применения к тарифу на 1 случай госпитализации по КСГ коэффициента сложности лечения пациента, приведенного в приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.6. Оплата отдельных, редко встречающихся, затратных случаев оказания медицинской помощи, с проведением однотипных операций на парных органах и сочетанных хирургических вмешательств осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента. Размер коэффициента сложности лечения пациента приведен в приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.7. Коэффициенты сложности лечения не применяются при оплате высокотехнологичной медицинской помощи.

3.5.8. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, независимо от уровня организации медицинской

помощи в стационарных условиях, указан в приложении № 34 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.9. Перечень КСГ, к которым применяется управленческий коэффициент оказания медицинской помощи в стационарных условиях указан в приложении № 35 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.10. При проведении процедур «Гемодиафильтрация продолжительная» и «Гемодиафильтрация продленная» оплата осуществляется дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации.»

1.13. Пункт 3.6 раздела 3 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«3.6. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется по тарифу законченного случая лечения.

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (случаев лечения), установленных территориальной программой ОМС на 2020 год, составляет 1 263,8 рубля, в том числе по медицинской помощи по профилю «онкология» - 534,2 рубля. Средний размер финансового обеспечения проведения экстракорпорального оплодотворения составляет – 93,3 рубля.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) – 12 272,64 рублей.

3.6.2. Перечень КСГ и тарифы на 1 случай лечения по КСГ в условиях дневного стационара, по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, приведены в приложении № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6.3. Размер коэффициента сложности лечения пациента приведен в приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6.4. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, независимо от уровня организации медицинской помощи в условиях дневного стационара, указан в приложении № 34 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6.5. Перечень КСГ, к которым применяется управленческий коэффициент оказания медицинской помощи, независимо от уровня организации медицинской помощи в условиях дневного стационара, указан в приложении № 36 к настоящему Тарифному соглашению.»

1.14. Абзац 8 пункта 3.7.3 раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«Расчет подушевого норматива производится с учетом Рекомендаций и

отдельных положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов в соответствии с Алгоритмом расчета подушевого норматива финансирования по скорой медицинской помощи с учетом межучрежденческих расчетов на 2020 год.»

1.15. Абзац 8 пункта 3.7.3 раздела 3 Тарифного соглашения исключить.

1.16. Абзац 1 пункта 3.8. раздела 3 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«Расчет подушевого норматива на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом оценки показателей результативности деятельности и межучрежденческих расчетов проводится с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, в соответствии с Алгоритмом расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом оценки показателей результативности деятельности и межучрежденческих расчетов на 2020 год.»

1.17. Пункты 3.13 и 3.14 раздела 3 Тарифного соглашения исключить.

1.18. В пункте 4.1. раздела 4 Тарифного соглашения слова «в приложении № 33» заменить на слова «в приложении № 31».

1.19. Приложение № 1 к Тарифному соглашению дополнить таблицей «с 01.03.2020» (приложение № 1 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.20. Приложение № 3 к Тарифному соглашению дополнить таблицами «с 01.02.2020» и «с 01.03.2020» (приложения № 2 и № 3 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.21. Приложение № 4 к Тарифному соглашению дополнить таблицами «с 01.02.2020» и «с 01.03.2020» (приложения № 4 и № 5 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.22. Приложение № 7 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 6 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.23. Приложение № 7 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 7 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.24. В приложении № 8 к Тарифному соглашению таблицу «уровень 2» изложить в новой редакции (приложение № 8 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.25. В приложении № 8 к Тарифному соглашению строку 2 по всем уровням, в том числе при оказании медицинской помощи мобильными бригадами изложить в новой редакции (приложение № 9 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.26. Приложение № 18 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 10 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.27. Приложение № 20 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 11 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.28. Приложение № 22 к Тарифному соглашению дополнить таблицами «2.5 Второй уровень пятый подуровень» и «3.3 Третий уровень третий подуровень» (приложение № 12 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.29. В приложении № 22 к Тарифному соглашению таблицу «3.2 Третий уровень второй подуровень» изложить в новой редакции (приложение № 13 к настоящему Дополнительному соглашению), таблицу «3.3 Третий уровень третий подуровень» исключить.

1.30. Приложение № 23 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 14 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.31. Приложение № 24 к Тарифному соглашению дополнить таблицей «2.5 Второй уровень пятый подуровень» (приложение № 15 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.32. В приложении № 24 к Тарифному соглашению строки с порядковыми номерами 24 и 25 по всем уровням оказания медицинской помощи изложить в новой редакции (приложение № 16 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.33. Приложение № 29 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложения № 17 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.34. Приложения № 31 и № 32 к Тарифному соглашению исключить.

1.35. Приложение № 33 к Тарифному соглашению считать приложением № 31.

1.36. Дополнить Тарифное соглашение приложениями:

№ 32 «Критерии новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (приложение № 18 к настоящему Дополнительному соглашению);

№ 33 «Коэффициент сложности лечения пациента» (приложение № 19 к настоящему Дополнительному соглашению);

№ 34 «Перечень КСГ, используемый в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, к которым применяется уровневый коэффициент (КУС), равный 1 (единице) независимо от уровня организации медицинской помощи» (приложение № 20 к настоящему Дополнительному соглашению);

№ 35 «Перечень КСГ, используемый в стационарных условиях, к которым применяется управленческий коэффициент (КУ), независимо от уровня организации медицинской помощи» (приложение № 21 к настоящему Дополнительному соглашению);

№ 36 «Перечень КСГ, используемый в условиях дневного стационара, к которым применяется управленческий коэффициент (КУ), независимо от уровня

организации медицинской помощи» (приложение № 22 к настоящему Дополнительному соглашению).

2. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.03.2020, кроме пунктов: 1.27 и 1.36 в части приложения № 18, которые распространяют свое действие на правоотношения, возникшие с 01.01.2020; пунктов 1.20 в части приложения № 2, 1.21 в части приложения № 4, 1.22, 1.24, 1.28, 1.31, 1.33, которые распространяют свое действие на правоотношения, возникшие с 01.02.2020.

Подписи Сторон:

ОТ
Департамента
здравоохранения
Ивановской области

А.М. Фокин

ОТ
Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования
Ивановской области

И.Г. Березина

ОТ
Общества «Ивановский
страховой медицинский
центр»
Ивановской области

В.Е. Лихов

ОТ
ассоциации
медицинских
профессиональных
некоммерческих организаций
врачей
Ивановской области

И.Б. Волков

ОТ
профессиональных
союзов
медицинских работников

В.В. Подозов