

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования граждан
в Оренбургской области на 2016 год

г. Оренбург

29 декабря 2015г.

I. Общие положения

1. Настоящее Соглашение заключено на основании ст.30 Федерального закона от 29 ноября 2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» между:

Министерством здравоохранения Оренбургской области в лице министра Семивеличенко Тамары Николаевны,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице и.о. директора Марковской Виктории Викторовны,

профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями) в лице председателя Оренбургской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Варавва Людмилы Борисовны, председателя профсоюзной организации государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 6» г. Оренбурга Забировой Светланы Борисовны, председателя профсоюзной организации государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 5» г.Оренбурга Лаптева Валерия Ивановича,

медицинскими профессиональными некоммерческими организациями или их ассоциациями (союзами) в лице председателя правления Оренбургского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» Гильмутдинова Рината Гаптрауфовича, членов Оренбургского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» Тамбовцевой Ольги Васильевны и Сергеевой Светланы Георгиевны

страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора Оренбургского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Скворцова Александра Петровича, директора филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г.Оренбурге Варламова Олега Анатольевича, директора филиала ЗАО «МАКС-М» в г.Оренбург Синюковой Ольги Ивановны,

именуемыми в дальнейшем сторонами.

2. Предметом соглашения являются согласованные сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в Оренбургской области в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Программа ОМС).

3. Перечень сокращений, используемый в рамках Соглашения

АПП – амбулаторно-поликлиническая помощь

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

КПГ – клинико-профильная группа;

КСГ – клинико-статистическая группа;

МО – медицинская организация;

МРФ – межрайонные функции

МУН – муниципальные функции

МЭК – медико-экономический контроль;

НП – неотложная помощь;

ОКС – острый коронарный синдром;

ОМС – обязательное медицинское страхования;

ОПМП – объемы предоставления медицинской помощи;

ПН – прикрепленное население;

ПГГ – программа государственных гарантий;

ПЦ – профилактическая цель;

РЦП – региональные целевые показатели;

СМП – скорая медицинская помощь;

СМО – страховая медицинская организация;

ТЛТ – тромболитическая терапия;

ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования;

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования;

УЕТ – единица учета трудоемкости;

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт;

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение.

II. Способы оплаты медицинской помощи

1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (включая помощь, оказываемую средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием) устанавливаются следующие способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за 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).

При этом оплата амбулаторной стоматологической помощи осуществляется за посещение, стоимость которого определяется с учетом содержащегося в нем количества УЕТ (условных единиц трудоемкости) и тарифа УЕТ, установленного Генеральным тарифным соглашением в системе ОМС.

Оплата заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа (амбулаторно) осуществляется за законченный случай, которым является один календарный месяц (или период в рамках календарного месяца), по тарифу, рассчитанному с учетом количества обменов, проведенных за указанный период лечения, и утвержденной настоящим Соглашением стоимости за один обмен (приложение 7);

Оплата близкофокусной рентгенотерапии при онкозаболеваниях осуществляется за законченный случай, которым является один сеанс.

1.2 Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе медицинских организаций представлены в гр. 5-7 приложения 1 к настоящему Соглашению.

1.3 Оплата амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому принципу

1.3.1 Финансовое обеспечение амбулаторно-поликлинической помощи осуществляется по подушевому принципу, включая стоматологическую, акушерско-гинекологическую помощь и помощь, оказываемую средним медицинским персоналом, в том числе, в фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП).

Исключение из подушевого алгоритма оплаты амбулаторной помощи составляют:

объемы амбулаторной помощи, которые устанавливаются Комиссией по разработке ТП ОМС в качестве объемов предоставления помощи по блоку «МРФ»;

объемы амбулаторной помощи в рамках проведения диспансеризации, медицинских осмотров несовершеннолетних (в т.ч. детей-сирот) и профилактических медицинских осмотров взрослого населения в соответствии с порядками Министерства здравоохранения РФ (приказы МЗ РФ от 03.02.2015 №36ан, от 06.12.2012 №1011н, от 21.12.2012 №1346н, от 15.02.2013 №72н, от 11.04.2013 №216н), а также объемы помощи в Центрах здоровья;

объемы амбулаторной заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа.

1.3.2 Алгоритм расчета половозрастных коэффициентов потребления амбулаторно-поликлинической помощи (далее – амбулаторные коэффициенты потребления) и дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи:

а) Амбулаторные коэффициенты потребления рассчитываются территориальным фондом ОМС и утверждаются настоящим соглашением не реже одного раза в год.

При индексации амбулаторных тарифов в системе ОМС в случаях, когда она осуществляется неравномерно по разным видам амбулаторной помощи, амбулаторные коэффициенты потребления пересчитываются в обязательном порядке.

Амбулаторные коэффициенты потребления ($КА_i$) рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о потреблении медицинской помощи и о численности застрахованных лиц за определенный расчетный период (предшествующий плановому).

Для расчета амбулаторных коэффициентов потребления все лица, застрахованные в Оренбургской области в расчетном периоде (по состоянию на первое число первого месяца расчетного периода), распределяются на половозрастные группы:

ноль – один год - М/Ж;
один год - четыре года - М/Ж;
пять - семнадцать лет - М/Ж;
восемнадцать - двадцать лет - М;
восемнадцать – двадцать лет - Ж;
двадцать один год - пятьдесят девять лет - М;
двадцать один - пятьдесят четыре года - Ж;
шестьдесят лет и старше - М;
пятьдесят пять лет и старше - Ж.

Далее, на основании реестров счетов определяются затраты на оказание амбулаторно-поликлинической помощи за расчетный период (за исключением позиций, выведенных за рамки подушевого механизма оплаты амбулаторной помощи в соответствии с пп.2.3.1 настоящего Соглашения) в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц и рассчитывается размер затрат на одно застрахованное лицо (P) без учета возраста и пола, по формуле:

$$P = Z / M / Ч, \text{ где}$$

Z - затраты на оказание амбулаторной помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

M - количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч$ - численность застрахованных лиц;

По аналогичной формуле рассчитываются затраты на одно застрахованное лицо в рамках каждой половозрастной группы (P_i).

Амбулаторные коэффициенты потребления ($КА_i$) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КА_i = P_i / P$$

б) Расчет базовой ставки подушевого финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи ($C_{\text{баз}}$) в рамках программы ОМС (далее – базовая ставка).

Под базовой ставкой понимается средний (без учета возраста и пола) годовой размер подушевого финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи в рамках программы ОМС.

Базовая ставка рассчитывается территориальным фондом ОМС и утверждается настоящим Соглашением не реже одного раза в год.

Расчет базовой ставки осуществляется по формуле

$$C_{\text{баз}} = \sum N_{\text{ст амб } i} * N_{\text{об амб } i} * K_{\text{диф суб РФ}} * (1 - K_{\text{устО}}), \text{ где}$$

$N_{\text{ст амб } i}$ – федеральный норматив стоимости единицы амбулаторной помощи по целям;

$N_{\text{об амб } i}$ – федеральный норматив объемов амбулаторной помощи по целям;

$K_{\text{диф суб РФ}}$ – территориальный коэффициент дифференциации (повышающий), применяемый для Оренбургской области при расчете субвенций ФФОМС;

$K_{\text{устО}}$ – коэффициент для формирования финансовых средств на оплату объемов амбулаторной помощи, выведенной из расчета подушевого финансирования в соответствии с пп.1.3.1 настоящего Соглашения.

в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи (ПНА_i) в рамках программы ОМС по подушевому принципу (далее – амбулаторные подушевые нормативы)

Амбулаторные подушевые нормативы используются для расчета объема финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому принципу и рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных (i) по формуле:

$$\text{ПНА}_i = C_{\text{баз}} * \text{КА}_i$$

Амбулаторные подушевые нормативы утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год и подлежат пересмотру в случаях изменения базовой ставки или амбулаторных коэффициентов потребления.

1.3.3 По решению Комиссии при расчете сумм финансирования АП могут применяться повышающие коэффициенты, учитывающие такие факторы влияния на уровень затрат на оказание амбулаторной помощи, как низкая численность и плотность населения, доля населения, обслуживаемого ФАПами, и прочие.

1.4 Порядок премирования медицинских организаций (МО-балансодержателей) по результатам работы амбулаторно-поликлинического звена

Премирование МО-балансодержателей осуществляется ежемесячно после проведения оценки достижения качественно-количественных целевых показателей работы амбулаторной службы. Показатели для оценки принимаются к расчёту нарастающим итогом с начала года.

Расчет премиальной суммы осуществляется ТФОМС в течение 20 рабочих дней месяца, следующего за отчетным периодом (месяцем).

Оценка работы амбулаторной службы МО-балансодержателей осуществляется в соответствии с Методикой, утвержденной настоящим Соглашением.

Расчет премиальных сумм утверждается решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и до конца месяца, следующего за отчетным периодом, доводится до сведения МО и СМО посредством размещения на официальном сайте ТФОМС.

Выплаты премиальных сумм производятся страховыми медицинскими организациями на основании предъявленных медицинскими организациями – балансодержателями счетов по форме, утверждённой Регламентом информационного взаимодействия на 2016 год, в сроки, не превышающие первых семи рабочих дней второго месяца, следующего за отчётным периодом.

Сумма премии, не полученная в результате оценки каждой из МО-балансодержателя отчётного периода (месяца), в течение календарного года пополняет премиальную часть следующего месяца этой же медицинской организации.

Сумма премии, не полученная в результате оценки работы амбулаторной службы за ноябрь и декабрь 2016 года (т.е. по состоянию на 01.01.2017г.), не возмещается медицинской организации – балансодержателю.

1.5 Методика оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций – балансодержателей при оказании амбулаторно – поликлинической помощи

1.5.1 Общие положения

Объектами оценки являются медицинские организации – балансодержатели (далее по тексту МО).

Предметом оценки является оказываемая амбулаторно-поликлиническая помощь (далее по тексту АПП), в отношении прикрепленного к МО населения.

Стоматологическая помощь, комплексное обследование и динамическое наблюдение в центрах здоровья, а так же амбулаторная помощь по разделу МРФ – предметом оценки не является.

Оценка количественно-качественных показателей результативности деятельности МО при оказании АПП производится с соблюдением основных принципов её оплаты, с учетом выполнения объемов установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Оценка количественно-качественных показателей результативности АПП производится в соответствии со значениями региональных целевых показателей:

- количество амбулаторно-поликлинических посещений на одного прикрепленного к МО в год;
- доля посещений с профилактической целью от общего количества амбулаторно-поликлинических посещений;
- охват диспансеризацией взрослого населения;

- охват профилактическими осмотрами несовершеннолетних;
- уровень обращений в неотложной форме.

Региональные целевые показатели (далее по тексту РЦП) адаптированы для применения к расчету и базируются на нормативах, представленных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год (далее ПГГ).

В оценке достижения РЦП так же участвуют объемы первичной медико-санитарной помощи, выполненные средним медицинским персоналом, ведущими самостоятельный приём, а так же специалистами ФАП при оказании:

неотложной помощи;
 первичной диагностике острого заболевания, требующего консультации врача;
 при участии данных специалистов в охвате прикрепленного населения периодическими профилактическими осмотрами и патронажем.

Отбор объемов АПП по количественно-качественным показателям результативности деятельности МО и первичная проверка достоверности медико-статистических данных осуществляется ежемесячно нарастающим итогом с начала года по принятым к оплате счетам прошедшим медико-экономический контроль (МЭК). При этом объёмы АПП за последний месяц расчетного периода участвуют в оценке без предварительного МЭК.

При расчете достижения РЦП, накладываются весовые коэффициенты в виде доли прикрепленного детского и взрослого населения к МО.

Максимальное целевое значение РЦП, оценивается по балльной системе от «0» до «5» за исключением показателя уровня обращений в неотложной помощи, при котором балльная оценка принимает значение от «0» до «2». При оценке каждого показателя МО осуществляется дополнительный контроль по наличию случаев оказания АПП в отношении умерших граждан. В контроле не участвуют случаи поликлинических обращений (метод оплаты: «0» - для прочих целей), используемый МО для осуществления оформления и выдачи справки о смерти. При выявлении одного и более случаев оказания АПП умершим гражданам полученный результат по показателю принимает значение «0».

Премиальная часть распределяется пропорционально полученным результатам оценки результативности деятельности МО в достижении РЦП.

1.5.2 Общий алгоритм оценки показателей

Данные, участвующие в расчёте результата достижения РЦП агрегируются с учётом особенностей, представленных в таблице 1.

Агрегированные данные приводятся к виду, позволяющему произвести балльную оценку.

При оценке используется «прямая» или «обратная» зависимость, а именно:

для результата по достижению РЦП, увеличение которого характеризует повышение качества работы МО - определяется максимальный балл («прямая» зависимость);

для результата по достижению РЦП, увеличение которого характеризует ухудшение качества работы МО - определяется минимальный балл («обратная» зависимость).

Оценка происходит по группам населения (дети от 0-17 лет включительно и взрослые от 18 и старше) отдельно, с учетом корректировок оцениваемого периода (по количеству оцениваемых месяцев с нарастающим итогом), с равной значимостью достижения РЦП.

К результату оценки АПП применяется весовой коэффициент, учитывающий объем доли прикрепленного взрослого и детского населения по МО.

Показатели оценки случаев оказания АПП для медицинских организаций-балансодержателей.

№ п/п	Наименование региональных целевых показателей	Объекты, участвующие в расчете показателей	Методика расчета показателя	Формула, участвующая в получении конечного результата оценки целевого показателя	Параметры выборки
1	Количество АП посещений на 1 прикрепленного к МО	МО области, оказывающие АПП прикрепленному населению.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выбирается абсолютное количество АП посещений, выполненных в медицинских организациях области в отношении прикрепленного к конкретной МО населения, в разрезе возрастных групп (дети от 0-17 включительно и взрослые от 18 и старше). 2. Производится расчёт результата, полученного при сопоставлении данных кол-ва АП посещений с количеством прикрепленного населения (ПН) на 1 число месяца, подлежащего оценке. 3. Производится сопоставление нормативных значений (с учётом кратности) с промежуточным результатом. 4. Производится ранжирование и присвоение балльного значения по общему алгоритму оценки показателей. 5. Производится расчёт средневзвешенного балльного показателя с учетом доли влияния показателей разных возрастных групп. 6. Дополнительный контроль количественно-качественных показателей. 7. Пересчёт балльного показателя по результату дополнительного контроля. 	$K_1 = \frac{V_{АП}}{K_{ПН}} \cdot 100\%$ <p>K_1 - показатель АП посещений на 1 прикрепленного;</p> <p>$V_{АП}$ - объём амбулаторно-поликлинических посещений;</p> <p>$K_{ПН}$ - кол-во прикрепленного к МО населения.</p> $\overline{B_{МО}} = (B_{Вз} \cdot K_{Вз}) + (B_{Д} \cdot K_{Д}) \cdot 100\%$ <p>$B_{МО}$ - средневзвешенный балл оценки показателя МО;</p> <p>$B_{Вз, Д}$ - балл оценки АП взрослому населению или детям;</p> <p>$K_{Вз, Д}$ - доля взрослого или детского населения в структуре МО.</p>	<p>Метод оплаты (АП посещения): "0", "1", "1.2", "2", "3.1", "3.1.1", "3.2", "3.3", "3.4.1", "3.4.2", "3.4.3", "3.5", "3.5.1", "3.5.2", "3.5.3", "3.5.4", "3.6", "3.6.1", "3.6.2", "3.6.3", "3.6.4", "3.7", "4.1", "4.2", "4.3", "4.4", "4.5", "5", "7", "8", "8.1", "10.1", "10.2", "10.3"</p> <p>Для вида помощи F "10.1", "10.2", "10.3";</p> <p>Тип оплаты <2; уровень <1; прикрепленное МО <> «»; СМО <> «».</p>
2	Доля посещений с ПЦ от общего количества АП посещений	МО области, оказывающие АПП с прикрепленному населению, (включая АПП в ФАП).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выбирается абсолютное количество посещений с ПЦ и общее количество АП посещений (см. п. 1 таблицы), далее производится расчёт доли. 2. Производится сопоставление нормативных значений (с учётом кратности) с промежуточным результатом. 3. Производится ранжирование и присвоение балльного значения по общему алгоритму оценки показателей. 4. Производится расчёт средневзвешенного балльного значения показателя с учетом доли влияния показателей разных возрастных групп. 5. Дополнительный контроль количественно-качественных показателей. 6. Пересчёт балльного показателя по результату дополнительного контроля. 	$K_{ПЦ} = \frac{\sum_{ПЦ}}{V_{АП}} \cdot 100\%$ <p>$K_{ПЦ}$ - доля посещений с ПЦ от общего кол-ва АП посещений;</p> <p>$\sum_{ПЦ}$ - количество посещений с ПЦ;</p> <p>$V_{АП}$ - общее количество АП посещений.</p>	<p>Методы оплаты для определения общего количества АП посещений см. п.1.</p> <p>Методы оплаты для определения посещений с ПЦ:</p> <p>"3.2", "3.4.1", "3.4.2", "3.4.3", "3.5", "3.5.1", "3.5.2", "3.5.3", "3.5.4", "3.6", "3.6.1", "3.6.2", "3.6.3", "3.6.4", "3.7", "4.1", "4.2", "4.3", "4.4",</p>

				<p>"4.5", "10.1" Для вида помощи F "10.1" Тип оплаты <>2; уровень <>1; прикреплённое МО <> «»; СМО <> «».</p>
3	Охват диспансеризацией взрослого населения	МО области, оказывающие АПП прикреплённому населению, (включая АПП в ФАП).	<p>1. Выбирается абсолютное количество случаев диспансеризации населения в МО области в отношении взрослого прикреплённого к конкретной МО населения.</p> <p>2. Производятся расчёт результата, полученного при сопоставлении данных о количестве случаев прошедших диспансеризацию с количеством подлежащих диспансеризации.</p> <p>3. Производится сопоставление нормативных значений с промежуточным результатом.</p> <p>4. Производятся ранжирование и присвоение балльного значения по общему алгоритму оценки показателей.</p> <p>5. Производятся расчёт средневзвешенного балльного показателя с учетом доли влияния показателей разных возрастных групп.</p> <p>6. Дополнительный контроль количественно-качественных показателей.</p> <p>7. Пересчёт балльного показателя по результату дополнительного контроля.</p>	$K_{од} = \frac{\sum_{поп} I_{од}}{\sum_{пл}}$, где $K_{од}$ - охват диспансеризации взрослого населения; $\sum_{поп}$ - число лиц, прошедших диспансеризацию. $\sum_{пл}$ - число лиц, подлежащих диспансеризации.
4	Охват профилактическими осмотрами несовершеннолетних	МО области, оказывающие АПП прикреплённому населению, (включая АПП в ФАП).	<p>1. Выбирается абсолютное количество осмотров (в случаях) несовершеннолетних, выполненных в МО в отношении детского прикреплённого к конкретной МО населения. Данные выбираются в разрезе возрастных групп с учетом кратности для каждой из декретированных групп.</p> <p>2. Производятся расчёт значений, полученных при сопоставлении данных случаев осмотров несовершеннолетних с условным количеством случаев согласно плану-графику.</p> <p>3. Производятся сопоставление нормативных значений с промежуточным результатом.</p> <p>4. Производятся ранжирование и присвоение балльного значения по общему алгоритму оценки показателей.</p> <p>5. Производятся расчёт средневзвешенного балльного показателя с учетом доли влияния показателей разных</p>	<p>Методы оплаты для определения охвата осмотрами несовершеннолетних "3.2", "3.4.1", "3.4.2", "3.4.3", "4.1", "4.2", Декретированные группы: "11", "21" – первый год жизни; "12", "22" – второй год жизни; "13", "23" – третий год жизни "14", "15", "16", "17"</p> $K_{от} = \frac{\sum_{ос} \alpha_{ос}}{\sum_{по}}$, где $K_{ос}$ - охват осмотрами несовершеннолетних; $\sum_{ос}$ - количество условно-осмотренных детей. $\sum_{по}$ - число лиц, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам

			<p>возрастных групп.</p> <p>6. Дополнительный контроль количественно-качественных показателей.</p> <p>7. Пересчёт балльного показателя по результату дополнительного контроля.</p> <p>возрастных групп.</p>		<p>"18", "19", "110", "111", "112", "113", "114", "115", "116", "117" – для мальчиков от 4 до 17 лет включительно.</p> <p>"24", "25", "26", "27", "28", "29", "210", "211", "212", "213", "214", "215", "216", "217" – для девочек от 4 до 17 лет включительно.</p>
5	Уровень обращений в неотложной форме*	<p>МО области, как оказывающие АПП прикрепленному населению, (включая АПП в ФАП) так и МО, не являющиеся балансодержателями, но оказывающие АПП в неотложной форме.</p>	<p>1. Выбирается абсолютное количество обращений пациентов в МО области, которым была оказана помощь в неотложной форме (далее НП), с привязкой к МО-балансодержателям. Обращения за НП пациентов, не прикрепленных ни в одну МО области, в выборке не участвуют.</p> <p>2. Рассчитывается доля случаев НП от кол-ва граждан, прикрепленных к МО на конец оцениваемого периода.</p> <p>3. Производятся сопоставление нормативных значений (с учётом кратности) с промежуточным результатом.</p> <p>4. Производится ранжирование и присвоение балльного значения по общему алгоритму оценки показателей.</p> <p>5. Производится расчёт средневзвешенного балльного показателя с учётом доли влияния показателей разных возрастных групп.</p> <p>6. Дополнительный контроль количественно-качественных показателей.</p> <p>7. Пересчёт балльного показателя по результату дополнительного контроля.</p>	$Y_{\text{нп}} = \frac{\sum_{\text{нп}}}{\sum_{\text{числ}}}$, где $\sum_{\text{нп}}$ - уровень неотложной помощи; $\sum_{\text{числ}}$ - число лиц, выбывших из стационара с привязкой прикрепления к МО. $\sum_{\text{числ}}$ - численность прикрепленного населения на конец оцениваемого периода.	<p>Методы оплаты для посещений в неотложной форме: "8", "8.1", "10.2"</p> <p>Для вида помощи F "10.2";</p> <p>Тип оплаты <2>;</p> <p>уровень <1>;</p> <p>прикреплённое МО <> «>;</p> <p>СМО <> «>».</p>

Проводится ранжирование показателя по убыванию от максимального балла к минимальному, при этом минимальный балл присваивается МО, имеющей «худший» результат достижения РЦП.

Выставление баллов МО, производится путём определения отношения максимального и минимального балла к разности РЦП и наименьшего значения каждого результата достижения РЦП, умноженного на разность i -го и $i+1$ результата показателя, суммированного с баллом предыдущего результата показателя:

$$b_{i+1} = \frac{(b_{\max} - b_{\min})}{a_{N_i} - a_{\min.}} * \Delta_i + b_i, \text{ где:}$$

b_{i+1} - балл рассчитываемого показателя;

b_{\max} - максимальный балл по показателю;

b_{\min} - минимальный балл;

a_N - нормативное или среднесложившееся значение показателя;

$a_{\min.}$ - наименьшее значение показателя;

Δ_i - разность i -го и $(i+1)$ показателя;

b_i - балльное значение предыдущего показателя.

Осуществляется дополнительный контроль по наличию случаев оказания АПП в отношении умерших граждан и пересчёт балльной оценки достижения РЦП по результату проведенного контроля.

1.5.3 Алгоритм оценки количества амбулаторно-поликлинических посещений на одного прикрепленного к МО.

Общее, преобразованное количество амбулаторно-поликлинических посещений на 1000 прикрепленного населения в год составляет 6956 посещений, на детей - 12857 и на взрослых - 5397.

Между взрослыми и детьми этот норматив распределяется с учетом разницы в сложившемся потреблении.

К расчёту принимаются агрегированные данные всех случаев АПП в МО области (в посещениях) в отношении населения, прикрепленного к МО для оказания первичной медико-санитарной помощи.

Агрегированные данные амбулаторно-поликлинических посещений (далее по тексту - АП посещения) сравниваются по отношению к преобразованному нормативу количества посещений на одного жителя в год связанных с:

заболеванием и состоянием;

посещениями в неотложной форме;

посещениями с профилактической целью.

Определяется отношение количества АП посещений с количеством населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи, по состоянию на оцениваемый период по каждой МО.

Определяется средневзвешенный показатель по МО относительно объёма помощи взрослому и детскому населению.

Проводится ранжирование итогов по убыванию от максимального балла к минимальному.

Максимальный балл присваивается медицинской организации, достигшей и превышающей РЦП количества АП посещений на одного жителя в год.

При выявлении одного и более случаев оказания лечебно-диагностической амбулаторной помощи при заболевании в отношении умерших граждан - полученный результат по показателю принимает значение «0».

1.5.4 Алгоритм оценки доли посещений с профилактической целью от общего объёма АПП.

Общее, преобразованное количество посещений с профилактической целью (ПЦ) на 1000 прикрепленного населения в год составляет 2251 посещение, на детей - 5967, на взрослых - 1269. Норматив количества посещений с ПЦ среди прикрепленного населения базируется на нормативе посещений ППГ на 2016 год, преобразованном с учетом разницы в сложившемся потреблении. Расчетный норматив принимается без учета посещений в центры здоровья. Количество посещений с ПЦ, включает посещения к среднему медицинскому персоналу, выполненные в ФАП (определяется по методу оплаты).

Доля ПЦ в общем объёме АП посещений составляет: на детей – 0,4641, на взрослых - 0,2351.

Агрегированные данные АП посещений с ПЦ сравниваются по отношению к абсолютному количеству АП посещений за оцениваемый период.

Оценка количества посещений с ПЦ происходит отдельно по детскому и взрослому прикрепленному населению к МО. Их оценка происходит с равной значимостью с остальными критериями, с учетом корректировок оцениваемого периода (по количеству оцениваемых месяцев с нарастающим итогом).

Определяется средневзвешенный показатель по МО относительно объёма помощи взрослому и детскому населению.

Максимальный балл присваивается медицинской организации, достигшей и превышающей целевой показатель доли посещений с ПЦ в общем количестве АП посещений.

Минимальный балл присваивается МО, имеющей минимальное значение показателя.

При выявлении одного и более случаев в отношении умерших граждан при оказании профилактической помощи, не относящейся к диспансеризации взрослых или периодическим профилактическим осмотрам детей - полученный результат по показателю принимает значение «0».

1.5.5 Алгоритм оценки охвата диспансеризацией взрослого населения.

К оценке охвата диспансеризацией взрослого населения подлежат все граждане, соответствующие возрасту прохождения диспансеризации (1995 года рождения и старше с шагом 3 года), которые прошли диспансерное обследование первого этапа.

При оценке охвата диспансеризацией взрослого населения учитывается план-график диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2016г., утвержденный МЗ Оренбургской области.

Целевым показателем является - охват граждан, подлежащих диспансеризации с помесечной разбивкой нарастающим итогом, а именно: охват диспансеризацией в январе составляет 4,5%, в феврале 13,7%, в марте 23,2%, в апреле 32,7%, в мае 41,9%, в июне 50,6%, в июле 59,3%, в августе 68,0%, в сентябре 77,4%, в октябре 86,8%, в ноябре 96,2%, в декабре 100,0%.

Оценка показателя происходит с равной значимостью с остальными критериями. Определяется средневзвешенный показатель по МО относительно объема АПП детскому и взрослому населению.

Максимальный балл присваивается МО, достигшей или превышающей показатель плана – графика проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения.

При выявлении одного и более случаев проведения диспансеризации в отношении умерших граждан полученный результат по показателю принимает значение «0».

1.5.6 Алгоритм оценки охвата профилактическими осмотрами несовершеннолетних.

При оценке охвата профилактическими осмотрами несовершеннолетних учитывается план-график проведения профилактических и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних в 2016г., утвержденный МЗ Оренбургской области.

Целевым показателем является - охват несовершеннолетних, подлежащих профилактическим осмотрам с помесечной разбивкой нарастающим итогом, а именно: в январе – 4,7%, в феврале – 12,1%, в марте – 20,2%, в апреле – 29,2%, в мае – 37,2%, в июне – 45,2%, в июле 52,7%, в августе – 62,4%, в сентябре – 73,1%, в октябре - 83,3%, в ноябре – 93,7%, в декабре - 100,0%.

Выбор количества случаев осмотров с профилактической целью несовершеннолетних производится в соответствии с возрастными группами (первый год жизни, включая исполнение 1-го года, второй год жизни, включая исполнение 2-х лет, третьего года жизни, включая исполнение 3-х лет, от 4-17 лет включительно). При этом учитывается кратность (этап), который для детей до года включительно составляет 12 посещений в год, для детей от двух до трех лет – 4 посещения, от трех до четырех – 2 посещения, с четырёх лет до семнадцати лет включительно - кратность составляет 1 посещение в год.

Определяется средневзвешенный показатель по МО относительно объема помощи детскому и взрослому населению.

Максимальный балл присваивается МО, достигшей или превышающей показатель плана – графика проведения профилактических и периодических осмотров несовершеннолетних.

При выявлении одного и более случаев проведения профилактических или периодических осмотров в отношении умерших несовершеннолетних граждан полученный результат по показателю принимает значение «0».

1.5.7 Алгоритм оценки уровня обращений в неотложной форме.

Норматив количества обращений среди прикрепленного населения базируется на нормативе АПП в неотложной форме в случаях из ПГГ, и составляет 560 обращений на 1000 жителей в год. Преобразованный норматив количества обращений (состоящих из 1 посещения) для взрослых составляет 565,7 посещений в год, а для детей 539,2 посещений в год на 1000 прикреплённого населения.

При определении уровня обращений в неотложной форме включаются обращения в амбулаторно-поликлиническую службу МО, в ФАП и в скорую медицинскую помощь. Случаи обращения определяются по признаку «метод оплаты».

При этом:

метод оплаты случая АПП, в т.ч. при оказании помощи на дому, принимает значение «8»;

для скорой медицинской помощи по неотложным поводам в часы работы поликлиник метод оплаты принимает значение «8.1»;

для медицинской помощи в ФАП, в т.ч. при оказании специалистами ФАП помощи на дому, принимает значение «10.2».

Определяется средневзвешенный показатель по МО относительно объёма неотложной помощи оказанной взрослому и детскому населению.

Минимальный балл «0» присваивается МО, имеющей минимальное значение показателя. Максимальный балл «2» присваивается медицинской организации, достигшей и превышающей РЦП оказания НП.

При выявлении одного и более случаев неотложной помощи с методом оплаты 8, 8.1, 10.2 в отношении умерших граждан полученный результат по показателю принимает значение «0».

1.6 Особенности применения тарифов на оказание амбулаторной помощи, утвержденных приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

1.6.1 Оплата медицинских услуг Центров здоровья при первичном обращении граждан производится по тарифу законченного случая «комплексное обследование в Центре здоровья», которое включает в себя полный комплекс диагностических услуг, предусмотренный соответствующими нормативными документами, и посещение к врачу, не более одного раза в год на каждого обратившегося в Центр здоровья.

Оплата посещений в Центры здоровья с целью динамического наблюдения осуществляется по тарифу законченного случая «динамическое наблюдение в Центре здоровья» в объеме не более двух случаев на каждого обратившегося в год и только после прохождения обратившимися

комплексного обследования ранее.

1.6.2 Тариф «Комплексное обследование репродуктивных органов у женщин в целях раннего выявления новообразований» применяется при оказании амбулаторной помощи в объеме, предусмотренном соответствующими нормативными документами, не более одного раза в год на каждого обратившегося.

1.6.3 Оплата помощи в рамках ежегодных профилактических осмотров детей первого, второго, третьего годов жизни и наблюдения женщин в период беременности осуществляется поэтапно (с заполнением талона амбулаторного пациента на этап):

для законченного случая профилактического осмотра детей первого года жизни (включая исполнение 1 года) устанавливается двенадцать этапов (месяцев), соответственно, оплата законченного случая производится ежемесячно в размере одной двенадцатой от утвержденного для этих целей тарифа;

для законченного случая профилактического осмотра детей второго года жизни (включая исполнение 2-х лет) устанавливается четыре этапа, соответственно, оплата законченного случая производится поэтапно в размере одной четвертой от утвержденного для этих целей тарифа;

для законченного случая профилактического осмотра детей третьего года жизни (включая исполнение 3-х лет) устанавливается два этапа, соответственно, оплата законченного случая производится поэтапно в размере одной второй от утвержденного для этих целей тарифа;

для законченного случая наблюдения женщин в период беременности устанавливается семь этапов (месяцев), соответственно, оплата законченного случая производится ежемесячно в размере одной седьмой от утвержденного для этих целей тарифа.

1.6.4 Тариф ежегодных профилактических осмотров несовершеннолетних и диспансеризации детей-сирот включает в себя профилактический прием врача-стоматолога в декретированные сроки, предусмотренные соответствующими порядками Министерства здравоохранения РФ.

1.6.5 Тариф законченного случая наблюдения женщин в период беременности включает в себя осмотры врачами: акушером-гинекологом (в среднем 12, но не менее 7-ми раз), терапевтом (не менее 2-х раз), отоларингологом (не менее 1-го раза), офтальмологом (не менее 1-го раза), стоматологом (не менее 2-х раз).

1.6.6 Оказание неотложной помощи в приемном отделении медицинской организации, в которую пациент был впоследствии госпитализирован, не предъявляется на оплату по тарифу «Неотложная помощь», и, соответственно, СМО не оплачивается.

1.6.7 В случае, когда при диспансеризации определенных групп взрослого населения число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации в соответствии с пунктом 14 Порядка проведения диспансеризации (утв. Приказом МЗ РФ от 03.02.2015 №36ан), превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола

гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации считается завершенным случаем и подлежит предъявлению на оплату с применением коэффициента 0,85 к тарифу, утвержденному настоящим соглашением для соответствующего возраста и пола.

2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

2.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях устанавливаются следующие способы оплаты:

для специализированной (кроме высокотехнологичной) медицинской помощи – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ);

для высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) – по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП.

Кроме того, в сочетании с оплатой по КСГ могут применяться тарифы за услуги при проведении заместительной почечной терапии.

Оплата случаев госпитализации с проведением заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа или гемодиализа осуществляется за законченный случай, включающий в себя госпитализацию и все обмены перитонеального диализа или сеансы гемодиализа, проведенные за ее период, по тарифу, который определяется суммированием тарифа по КСГ и стоимости обменов/сеансов с учетом их кратности и утвержденной настоящим Соглашением стоимости (приложение 7).

2.2 Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в разрезе медицинских организаций представлены в гр. 2 и 3 приложения 1 к настоящему Соглашению.

2.3 Оплата сверхкоротких случаев лечения (3 и менее дней) осуществляется:

- с применением коэффициента 0,33 к тарифу, утвержденному настоящим тарифным соглашением, для терапевтических КСГ (т.е. классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз);

- с применением коэффициента 0,8 к тарифу, утвержденному настоящим тарифным соглашением, для хирургических КСГ (т.е. классификационным критерием отнесения к КСГ является вид оперативного вмешательства);

При оплате сверхкоротких случаев лечения, для целей применения указанных выше коэффициентов, замена хирургической клинико-статистической группы на терапевтическую (с большим тарифом) не осуществляется.

Оплата госпитализации по полному тарифу КСГ независимо от ее длительности производится по следующим позициям:

№ КСГ	Наименование КСГ
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов

№ КСГ	Наименование КСГ
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок
148	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
148	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
154	Операции на органе зрения (уровень затрат 1)
179	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
200	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
252	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), 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, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ной оплате.

Если перевод производится в пределах круглосуточного стационара одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом.

Оплата госпитализации в круглосуточный стационар в случае последующего перевода в дневной стационар осуществляется по соответствующему тарифу КСГ (или специальному тарифу) с применением коэффициента 0,66. Госпитализация (переводом) в дневной стационар оплачивается в полном объеме.

2.4 Стационарная помощь в рамках клинко-профильной группы «Неонатология» по тарифам КСГ 105-111 может быть оплачена при условии выполнения полного случая только медицинским организациям 3 уровня.

В остальных случаях для оплаты оказанной помощи применяются следующие коэффициенты к тарифу КСГ, утвержденному настоящим тарифным соглашением

0,33 – в случае госпитализации в медицинские организации по месту родов с последующим переводом в медицинские организации 2-го уровня (с наличием отделения 2-го этапа выхаживания недоношенных детей и отделения патологии новорожденных) или 3-го уровня;

0,67 - в случае госпитализации в медицинские организации переводом из медицинских организаций 1-го и 2-го уровней;

2.5 Оплата стационарной помощи по тарифам КСГ 300-308 (реабилитация) производится только медицинским организациям, для которых Комиссией по разработке ТП ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи по позиции «Медицинская реабилитация».

3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

3.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара применяется способ оплаты преимущественно за законченный случай лечения по тарифу клинко-профильной группы.

Кроме того, могут применяться специальные тарифы, не учитывающие профильность, а также тарифы за услуги при проведении заместительной почечной терапии.

Оплата заместительной почечной терапии методом гемодиализа осуществляется за законченный случай, которым является один календарный месяц (или период в рамках календарного месяца), по тарифу, рассчитанному с учетом количества сеансов, проведенных за указанный период лечения, и утвержденной настоящим Соглашением стоимости за один сеанс.

Оплата лучевой терапии онкозаболеваний осуществляется за законченный случай, которым является один сеанс.

Оплата вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) производится с учетом риска исключения пациента из программы ЭКО по причине возникновения осложнений на разных этапах лечения, а также с учетом результативности программы по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением, предусматривающим следующие модели оплаты:

00801 Проведение одного (первого) этапа – стимуляция суперовуляции;

00802 Проведение двух (первого и второго) этапов - стимуляция суперовуляции и получение яйцеклетки.

00803 Проведение трех (с первого по третий) этапов - стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки и культивирование эмбрионов;

00804 Проведение полного цикла ЭКО с неподтвержденной беременностью;

00805 Проведение полного цикла ЭКО с подтвержденной беременностью.

3.2 Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в разрезе медицинских организаций представлены в гр. 4 приложения 1 к настоящему Соглашению.

3.3 Оплата помощи в случае госпитализации в дневной стационар с длительностью пребывания 3 и менее дней (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) производится по тарифу «краткосрочная госпитализация (дневной стационар)».

Медицинская помощь по позициям, имеющим утвержденную стоимость ниже тарифа краткосрочной госпитализации оплачивается по

данному тарифу независимо от длительности пребывания в дневном стационаре.

4. Способ оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

4.1 При оплате скорой медицинской помощи устанавливается способ оплаты по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, в том числе:

- по подушевому нормативу финансирования на численность застрахованного населения, проживающего в зоне ответственности медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь.

- за вызов по тарифу, утвержденному настоящим Соглашением (приложение 6.3), при проведении межтерриториальных расчетов;

- за вызов по тарифу, утвержденному настоящим Соглашением (приложение 6.3), при оказании скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (ТЛТ) в зависимости от схемы проведения ТЛТ в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области).

Кроме того, оплата может осуществляться за случай неотложной помощи, оказанной бригадами скорой медицинской помощи в часы работы поликлиник по неотложным поводам, перечень которых утвержден распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области от 14.10.2014 №2292.

4.2 Сведения о перечне медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, и способах оплаты представлены в гр. 8 и 9 приложения 1 к настоящему Соглашению.

4.3 Порядок оплаты скорой медицинской помощи по подушевому принципу

4.3.1 Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи по подушевому принципу осуществляется с учетом половозрастных коэффициентов потребления.

4.3.2 Алгоритм расчета половозрастных коэффициентов потребления скорой медицинской помощи (далее – коэффициенты потребления СМП, $K_{\text{СМП}}$) и дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения скорой медицинской помощи

а) Коэффициенты потребления СМП рассчитываются территориальным фондом ОМС и утверждаются настоящим соглашением не реже одного раза в год.

Коэффициенты потребления СМП рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о потреблении медицинской помощи за расчетный период не менее квартала (далее - расчетный период), и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для расчета коэффициентов потребления СМП все лица, застрахованные в Оренбургской области в расчетном периоде (по состоянию

на первое число первого месяца расчетного периода), распределяются на половозрастные группы:

ноль – один год - М/Ж;

один год - четыре года - М/Ж;

пять - семнадцать лет - М/Ж;

восемнадцать - пятьдесят девять лет - М;

восемнадцать - пятьдесят четыре года - Ж;

шестьдесят лет и старше - М;

пятьдесят пять лет и старше - Ж.

Далее, на основании реестров счетов определяются затраты на оказание скорой медицинской помощи за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц и рассчитывается размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) без учета возраста и пола, по формуле:

$$P = B * T / M / Ч, \text{ где}$$

В – фактическое количество вызовов СМП за расчетный период;

Т – тариф за вызов СМП, рассчитанный от норматива финансовых затрат на 2016 год, утвержденного федеральной программой государственных гарантий, с учетом коэффициента дифференциации 1,09

М - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч - численность застрахованных лиц;

По аналогичной формуле рассчитываются затраты на одно застрахованное лицо в рамках каждой половозрастной группы (P_i).

Коэффициенты потребления СМП ($K_{\text{смп } i}$) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$K_{\text{смп } i} = P_i / P$$

б) Расчет базовой ставки подушевого финансового обеспечения скорой медицинской помощи ($C_{\text{баз}}$) в рамках программы ОМС (далее – базовая ставка).

Под базовой ставкой понимается средний (без учета возраста и пола) годовой размер подушевого финансового обеспечения скорой медицинской помощи в рамках программы ОМС, который рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{баз}} = N_{\text{ст смп}} * N_{\text{об смп}} * K_{\text{диф суб РФ}}, \text{ где}$$

$N_{\text{ст смп}}$ – федеральный норматив стоимости единицы скорой медицинской помощи;

$N_{\text{об смп } i}$ – федеральный норматив объемов скорой медицинской помощи;

$K_{\text{диф суб РФ}}$ – территориальный коэффициент дифференциации (повышающий), применяемый для Оренбургской области при расчете субвенций ФФОМС;

в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения скорой медицинской помощи ($ПН_{см\text{п } i}$) в рамках программы ОМС по подушевому принципу (далее –подушевые нормативы СМП)

Подушевые нормативы СМП используются для расчета объема финансирования скорой медицинской помощи по подушевому принципу и рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных (i) по формуле:

$$ПН_{см\text{п } i} = C_{баз} * K_{см\text{п } i}$$

Подушевые нормативы СМП утверждаются не реже одного раза в год.

II. Размер, структура тарифов на оплату медицинской помощи

Настоящим соглашением устанавливаются:

1. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

1.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторных условиях, 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 в сумме 3 368,1 рублей;

1.2 Базовая ставка подушевого финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи на 2016 год в размере 2528,52 рублей в год на 1-го человека.

1.4 Половозрастные коэффициенты потребления амбулаторно-поликлинической помощи на 2016 год в соответствии с приложением 2.1 к настоящему Соглашению.

1.5 Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи на 2016 год в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению;

1.6 Управленческие коэффициенты для медицинских организаций (районных больниц) с численностью обслуживаемого населения менее 20 тысяч человек (по данным статистики на 01.01.2015) для корректировки суммы подушевого финансирования АП-помощи в 2016 году в соответствии с приложением 2.3 к настоящему Соглашению.

1.7 Тарифы за законченный случай оказания помощи в соответствии с приложением 2.4 к настоящему соглашению.

Утвержденные приложением 2.4 амбулаторные тарифы применяются:

- для расчета за медицинскую помощь, объемы которой утверждаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС по разделам:

«МРФ» (при этом тариф законченного случая с лечебно-диагностической целью может применяться только по позициям «онкология», «дерматология», «генетика», «гематология (подбор

противоопухолевой лекарственной терапии)», «комплексное обследование по бесплодному браку (женщины, мужчины)», «углубленное обследование с целью выявления нарушений слуха у детей (аудиологический скрининг II этапа»;

«Центры здоровья»;

«Диспансеризация взрослого населения I этап и профилактические медицинские осмотры взрослого населения»;

«Диспансеризация взрослого населения II этап»;

«Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансеризация детей сирот».

- для осуществления расчетов между медицинскими организациями за заказанные амбулаторные услуги в рамках подушевого финансирования амбулаторной помощи (кроме тарифа консультативной цели - МРФ);

- для определения размера штрафных санкций в отношении случаев оказания медицинской помощи, оплаченной по подушевому принципу, для медицинских организаций – балансодержателей;

1.8 Таблица соответствия врачебных специальностей перечню специалистов, применяемому для оплаты АПП-помощи в 2016 году, в соответствии с приложением 2.5 к настоящему Соглашению;

1.9 Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи (в амбулаторных условиях), выраженный в условных единицах трудоемкости (УЕТ). В соответствии с приложением 2.6 к настоящему Соглашению.

2. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

2.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи 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 в сумме 4 440,77 рублей;

2.2 Базовая ставка, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо МЗ РФ от 24.12.2015 №11-9/10/2-7938) в размере 23 590,43 рубля, которая является исходным показателем для расчета тарифов на основе клинико-статистических групп болезней.

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи может подлежать корректировке в случае отклонения в отчетном периоде фактической средней стоимости госпитализации от плановой в зависимости от структуры оказываемой стационарной медицинской помощи (по КСГ).

В случае изменения базовой ставки в меньшую сторону, ее применение для расчета тарифов может осуществляться только на последующие периоды.

2.3 Перечень клинико-статистических групп заболеваний и

коэффициенты их относительной затратоемкости в соответствии с приложением 3.1 к настоящему Соглашению

2.4 Тарифы за законченный случай лечения на основе клинико-статистических групп болезней в соответствии с приложением 3.2 к настоящему Соглашению.

2.5 Поправочные коэффициенты для применения тарифов на основе клинико-статистических групп болезней в соответствии с приложением 3.3 к настоящему Соглашению.

2.6 Тарифы на оплату за законченный случай высокотехнологичной специализированной медицинской помощи по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП, установленных разделом I приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 №1382, с учетом применения к части норматива затрат коэффициента дифференциации 1,09, в соответствии с приложением 4 к настоящему Соглашению.

3 В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров:

3.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи 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 в сумме 747,52 рублей;

3.2 Базовая ставка, рассчитанная от норматива финансовых затрат на единицу объема помощи, установленного постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 №1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016» (с учетом коэффициента дифференциации для Оренбургской области 1,09) и сниженная до утвержденного уровня в связи с выведением из расчета тарифов КПП (профильных тарифов) расходов на заместительную почечную терапию, лекарственную терапию при злокачественных новообразованиях, вспомогательные репродуктивные технологии, в размере 8999 рубля за один законченный случай, которая является исходным показателем для расчета тарифов на основе клинико-профильных групп болезней.

3.3 Тарифы за законченный случай на основе клинико-профильных групп болезней и для некоторых случаев без учета клинико-профильных групп болезней в соответствии с приложением 5.1 к настоящему Соглашению.

3.4 Таблица соответствия профилей классификатора клинико-профильным группам, тарифицированным для оплаты помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, в соответствии с приложением 5.2 к настоящему Соглашению.

4. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

4.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи 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 в сумме 571,5 рублей

4.2 Половозрастные коэффициенты потребления скорой медицинской помощи на 2016 год в соответствии с приложением 6.1 к настоящему Соглашению.

4.3 Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения скорой медицинской помощи на 2016 год в соответствии с приложением 6.2 к настоящему Соглашению;

4.4 Тарифы на вызов скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 6.3 к настоящему соглашению, применяемые:

- для целей межтерриториальных расчетов и определения размера штрафных санкций в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- для оплаты вызовов с проведением тромболитической терапии при оказании помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС) сверх установленного по подушевому принципу лимита финансирования, а также для целей межтерриториальных расчетов.

5. Тарифы на заместительную почечную терапию методом гемодиализа и перитонеального диализа независимо от условий предоставления медицинской помощи (стационар, дневной стационар, амбулаторные условия) за сеанс/обмен в соответствии с приложением 7 к настоящему Соглашению.

6. Перечень медицинских услуг и их предельная стоимость для расчетов по договорам гражданско-правового характера, осуществляемых медицинскими учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Оренбургской области, за счёт средств ОМС и перечень медицинских услуг, оказываемых клинико-диагностическими лабораториями II уровня, а так же предельный размер стоимости таких медицинских услуг для возмещения клинико-диагностическими лабораториями I уровня соответствующих расходов в соответствии с приложением 8 к настоящему Соглашению.

7. Утвержденные разделом II настоящего Соглашения тарифы, (за исключением подушевых нормативов и тарифов приложения 8) применяются также для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Оренбургской области.

При оплате амбулаторной помощи с консультативной целью для целей межтерриториальных расчетов применяются тарифы:

«Консультативная цель – МРФ» - для медицинских организаций, имеющих статус областных, а также медицинских организаций федерального подчинения;

«Консультативная цель – МУН» - для иных медицинских организаций.

8. Утвержденные настоящим Соглашением тарифы и подушевые нормативы в части расходов на заработную плату включают в себя

финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

III. 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

Настоящим соглашением устанавливаются перечень и размер санкций, применяемых к медицинским организациям в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приложением 9 к настоящему Соглашению.

IV. Заключительные положения

1. Генеральное тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2016 года.

2. Генеральное тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Генерального тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

Подписи сторон:



От Министерства здравоохранения
области:

Министр
М.П.

Т.Н.Семивеличенко

От ТФОМС Оренбургской области:

И.о. директора
М.П.



В.В.Марковская

От медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций):



Председатель Оренбургской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

Л.Б.Варавва



Председатель правления Оренбургского
регионального отделения общероссийской
общественной организации «Российская
медицинская ассоциация»

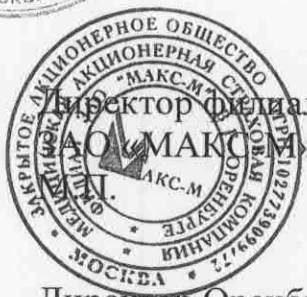
Р.Г. Гильмутдинов

От Страховых медицинских организаций:



Директор филиала ООО «Страховая
компания «Ингосстрах-М» в г.Оренбурге

О.А.Варламов



Директор филиала
АО «МАКС-М» в г.Оренбург

О.И.Синюкова



Директор Оренбургского филиала
открытого акционерного общества
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

А.П. Скворцов