

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2020 ГОД**

г. БРЯНСК

24 декабря 2019 года

Представители:

органа исполнительной власти Брянской области, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти Брянской области, в лице директора департамента здравоохранения Брянской области Бардукова А.Н.,

территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области (ТФОМС Брянской области) в лице директора Туруло В.М., первого заместителя директора ТФОМС Брянской области Зайцевой М.А.;

директора Брянского филиала ООО «Альфастрахование-ОМС» Мартыненко А.А.;

директора Брянского филиала ООО СК «Ингосстрах-М» Шачнева И.А.;

профессиональных союзов медицинских работников в лице председателя Брянской областной организации профсоюза работников здравоохранения Быковского В.В., члена Брянской областной организации профсоюза работников здравоохранения Шидловского Д.А.;

медицинских профессиональных некоммерческих организаций в лице председателя правления Брянской региональной общественной организации взаимодействия медицинских работников «Врачебная палата» Фетисова С.Н., далее именуемые стороны, заключили настояще Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Брянской области на 2020 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

I. Общие положения.

1.1. Настоящее Тарифное соглашение заключено в соответствии с:

- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в действующей редакции);
- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерством здравоохранения РФ от 28 февраля 2019г. №108н (в действующей редакции);
- «Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 (в действующей редакции);
- Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС от 12 декабря 2019 г. по

способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования;

- Приказом Федерального фонда ОМС от 21.11.2018 №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- Информационным письмом Минздрава РФ от 24 декабря 2019 года № 11-7/и/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;
- Законом Брянской области от 13.12.2019 г. № 1173 - 3 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;
- Постановлением Правительства Брянской области от 16 декабря 2013 г. №717-П (в действующей редакции) «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;
- Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи и медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования (далее – тарифы по ОМС), их структуры и порядка применения на территории Брянской области, а также определение размеров санкций, применяемых к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.3. Тарифы по ОМС применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Брянской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территориях иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

1.4. Тарифы по ОМС устанавливают уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций (далее – МО) по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС.

1.5. Страховые медицинские организации, заключившие договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС Брянской области, осуществляют расчеты с медицинскими организациями в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по условиям ее оказания и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

1.6. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Брянской области лицам, застрахованным на территории иных

субъектов Российской Федерации, осуществляется ТФОМС Брянской области в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

1.7. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Брянской области, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

II. Способы оплаты медицинской помощи

При реализации Территориальной программы ОМС на территории Брянской области применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС.

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

– в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся для медицинского обслуживания 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, молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, 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) (Приложение №1 – Перечень медицинских организаций, финансирование которых осуществляется по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом уровня (подуровня) оказания медицинской помощи);

– в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся для медицинского обслуживания лиц, а также при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Брянской области:

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), (Приложение №2 – Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население).

3.4.1. В подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц не учитываются расходы на финансовое обеспечение:

- стоматологической помощи;

- медицинских услуг в Центрах здоровья;
- диагностических услуг, в том числе услуг на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно – сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний;
- фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- оперативных вмешательств, выполненных в амбулаторных условиях;
- мероприятий по диспансеризации детей-сирот в соответствии с приказами Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» и диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
- мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения и медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приказам от 10.08.2017 № 514н «О Порядке прохождения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;
- посещений с неотложной целью.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ) (Приложение №3 – Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ) (Приложение №4 –Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара);

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

2.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

– по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (Приложение №5 – Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций).

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1 Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. №158н (в действующей редакции) и утверждается настоящим Тарифным соглашением.

3.2 Финансовым источником для формирования размера тарифов на оплату медицинской помощи являются средства обязательного медицинского страхования, предусмотренные Законом Брянской области от 13.12.2019 г. № 1173 - 3 «О бюджете территориального фонда ОМС Брянской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» в части финансового обеспечения территориальной программы ОМС.

3.3 При изменении соотношения доходной и расходной части бюджета территориального фонда ОМС может производиться изменение размера действующих тарифов на оплату медицинской помощи.

3.4. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Брянской области и в части базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организаций питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и

услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.4. Тарифным соглашением в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливается:

3.4.2. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования - в размере 4 387,28 руб. в год.

3.4.3. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на 1 застрахованное лицо в размере 137,80 руб. в месяц.

3.4.4. Показатели результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки (включая целевые значения) и Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей установленным (Приложением №8).

3.4.5. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (Приложение №6);

3.4.6. Размер коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (Приложение №1);

3.4.7. Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек.

3.4.8. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепившихся лиц (Приложение №10)

3.4.9. Размер (средний) финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, на 2020 год составляет:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 478,6 тыс.руб.;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 957,2 тыс.руб.;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1 500 жителей – 1 516,4 тыс.руб.;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 1 702,8 тыс.руб.;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше 2 000 жителей – 1702,8 тыс.руб.;

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, определяются исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты исходя из их количества в составе медицинской организации и установленного среднего размера их финансового обеспечения (Приложение №26).

3.4.10. Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном посещении (Приложение №9);

3.4.11. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Приложение №16);

3.4.12. Тарифы профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение № 12).

3.4.13. Тарифы диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную и патронатную семью (Приложение № 13).

3.4.8. Тарифы профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение №14).

3.4.9. Тарифы отдельных медицинских услуг (Приложение №15).

3.4.10. Классификатор стоматологических медицинских услуг в УЕТ и инструкцию по его применению (Приложение № 28).

3.4.11. Тарифы оперативных вмешательств при оказании амбулаторной медицинской помощи (Приложение №17).

3.5. Тарифным соглашением в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливается:

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в стационарных условиях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Брянской области, в расчете на 1 застрахованного, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 6 134,26 руб.

3.5.2. Размер базовой ставки финансирования в стационарных условиях, оплачиваемой по КСГ – 22 112,62 руб.

3.5.3. Перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение №18).

3.5.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ (Приложение №19).

3.5.5. Перечень КСГ, по которым оплата законченных случаев осуществляется по полному тарифу при длительности госпитализации 3 дня и менее (Приложение №20).

3.5.6. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи (Приложение №21).

3.5.7. Перечень КСГ круглосуточного стационара, который предполагает хирургическое лечение или тромболитическую терапию (Приложение №30)

3.5.8. Нормативы финансовых затрат высокотехнологичной медицинской помощи с указанием кода диагноза по МКБ-10, вида лечения, модели пациента (Приложение №22).

3.5.9. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) осуществляется в соответствии с пунктами, указанными ниже

3.5.10. В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

3.5.11. Если длительность лечения составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

3.5.12. Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается:

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ.

- при длительности лечения более 3-х дней в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ.

3.6. Тарифным соглашением в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливается:

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Брянской области, в расчете на 1 застрахованного, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных

территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1 287,81 руб.

3.6.2. Размер базовой ставки финансирования в условиях дневного стационара, оплачиваемой по КСГ – 11 168,10 руб.

3.6.3. Средняя стоимость законченного случая, включенного в КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» - 118 714,10 руб.

3.6.4. Перечень КСГ, используемых в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение №23).

3.6.5. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ, используемые в условиях дневного стационара (Приложение №24).

3.6.6. Перечень КСГ, по которым оплата законченных случаев осуществляется по полному тарифу при длительности лечения 3 дня и менее (Приложение №25).

3.6.7. Перечень КСГ дневного стационара, который предполагает хирургическое лечение или тромболитическую терапию (Приложение №32).

3.6.8. Размер базового тарифа для оплаты услуг гемодиализа в условиях дневного стационара – 5 949,0 руб., перitoneального диализа с КЗ =1 – 4 699,71 руб.

3.6.9. Тарифы оплаты услуг диализа (Приложение №27).

3.6.10. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) осуществляются в соответствии с пунктами указанными ниже.

3.6.11. В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. В случае если длительность лечения составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ.

3.7. Тарифным соглашением в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливается:

3.7.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в размере 704,29 руб. в год

3.7.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в размере 56,00 руб. в месяц.

3.7.3. Тарифы скорой медицинской помощи за вызов бригады в зависимости от ее профиля (Приложение №29).

3.7.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 7).

3.7.5. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 11).

IV Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4. Обязательства медицинских организаций, неисполнение которых предусматривает неоплату или неполную оплату затрат на оказание медицинской помощи, а также уплату медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи устанавливаются Приложением №31 к Тарифному соглашению.

V. Заключительные положения

Тарифным соглашением устанавливаются:

5.1. Положение о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Брянской области (Приложение №33).

5.4. Установить срок подачи уведомления для всех медицинских организаций до 01 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

5.5. Настоящее тарифное соглашение действует с 01.01. 2020 года по 31.12.2020 года.

5.6. Настоящее тарифное соглашение может быть пересмотрено по инициативе одной из сторон. Рассмотрение мотивированных предложений осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Внесение изменений, влекущих дополнительные расходы в течение 2020 года, возможно при наличии источника финансового обеспечения. Изменения и дополнения в настоящее тарифное соглашение оформляются дополнительным соглашением.

5.7. Разрешение споров между сторонами по выполнению настоящего тарифного соглашения осуществляется путем переговоров. Все неурегулированные сторонами спорные вопросы разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.8. Тарифное соглашение прекращает свое действие в случае принятия органами государственной власти решений, обуславливающих невозможность его выполнения или по решению суда.

5.9. Настоящее тарифное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в Департаменте здравоохранения Брянской области, второй – в ТФОМС Брянской области. Для других Сторон тарифного соглашения предоставляются копии настоящего тарифного соглашения, заверенные ТФОМС Брянской области.

5.10. Разъяснения по настоящему тарифному соглашению предоставляет ТФОМС Брянской области.

Подписи сторон:

 (Бардуков А.Н.)
 (Туруло В.М.)
 (Зайцева М.А.)
 (Быковский В.В.)
 (Шидловский Д.А.)
 (Мартыненко А.А.)
 (Шачнев И.А.)
 (Фетисов С.Н.)