

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

683031, г. Петропавловск-Камчатский,
пр. Карла Маркса, 35

тел. (4152) 43-41-29, факс (4152) 43-41-23
office@kamtfoms.ru

№ 4-0008 от 13.01.2020 г.
на №

Главным врачам медицинских
организаций (по списку)

Директору Камчатского филиала
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»

БОЛДЫШЕВСКОЙ А.Н.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края направляет перечень основных изменений в Соглашении об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию № 1/2020 от 27.12.2019 (далее – Соглашение № 1/2020) и в Порядке информационного взаимодействия при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае № 1/2020 по сравнению с редакцией, действовавшей в 2019 году:

1. В соответствии с Соглашением № 1/2020 при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях **к посещениям с профилактической целью** относятся:

- профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации, в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», 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».

Единицей объема для посещений с профилактической целью является комплексное посещение.

Тариф на комплексное посещение установлен приложением 1.7 к Соглашению № 1/2020 и применяется к законченному случаю диспансеризации и профилактического осмотра при выполнении условий, установленных соответствующим Порядком проведения профилактического осмотра, диспансеризации.

При этом, в реестре счета в сведениях о случае указывается тариф, установленный приложением 1.7 к Соглашению № 1/2020, а в сведениях об

услугах заполняются все необходимые сведения по кодам услуг, элемент «TARIF – Тариф» не заполняется, значение элемента «SUMV_USL – Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)» = 0. Тарифы на отдельные медицинские услуги, установленные в приложении 1.7, могут использоваться медицинскими организациями только при проведении межучрежденческих расчетов по заключенным договорам, а также при выполнении соответствующих диагностических исследований централизованными лабораториями в установленном порядке.

2. В соответствии с Соглашением № 1/2020 к посещениям с иными целями относятся:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения (за исключением 1-го посещения в текущем году, при котором пациент должен пройти профилактический осмотр либо диспансеризацию);
- посещения центров здоровья;
- посещения при проведении второго этапа диспансеризации;
- посещения по поводу осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний), врачебный осмотр для выдачи справки (за исключением справки о болезни);
- патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, обходы врачей инфекционистов во время вспышки инфекционных заболеваний;
- профилактический осмотр при оказании стоматологической помощи, не предусмотренный в составе комплексного посещения;
- разовые посещения в связи с заболеванием, консультативные посещения;
- случаи, когда при оказании амбулаторной помощи по поводу заболевания пациент не явился на повторный прием;
- разовое посещение в течение месяца к врачу-педиатру при осуществлении катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией при условии отсутствия необходимости в осмотрах врачами-специалистами.

3. В целях обеспечения корректного учета посещений в зависимости от цели их проведения Соглашением № 1/2020 предусмотрено отнесение к обращению по поводу заболевания всех посещений в рамках одного повода обращения при оформлении направления на плановую госпитализацию, направления на МСЭ, при оформлении санаторно-курортной карты, при оформлении медицинской карты ребенка, медицинской справки в организации отдыха детей и их оздоровления, включая посещения к врачу-педиатру участковому, врачу-терапевту участковому, а также посещения к врачам-специалистам, осмотры которых являются обязательными для оформления направления на плановую госпитализацию. Все посещения учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания) с отражением в составе одного законченного случая нескольких случаев оказания медицинской помощи по соответствующим профилям.

В реестре счета на оплату медицинской помощи в составе одного законченного случая отражаются сведения обо всех случаях (по разным профилям

медицинской помощи). При этом в сведениях о случае по профилю соответствующего врача отражается стоимость каждого посещения, выставленная к оплате. В сведениях о случае по профилю врача, оформляющего направление (врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый и т.п.), стоимость указывается в зависимости от кратности соответствующих посещений (за посещение или обращение по заболеванию). В случае, если в медицинской организации, оформляющей направление, отсутствуют врачи отдельных специальностей и осмотр пациента производят специалисты других медицинских организаций, оплата осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов.

4. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц, – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц Соглашением № 1/2020 предусмотрено добавление к расчету размера подушевого финансирования средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, в объеме, предусмотренном приложением 17 к Соглашению № 1/2020. Средства на указанные цели, включенные медицинской организацией в счет на оплату медицинской помощи должны быть в полном объеме направлены на финансирование фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

5. При оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) Соглашением № 1/2020 в базовый (средний) подушевой норматив финансирования предусмотрено включение расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме.

6. В приложении 10 к Соглашению № 1/2020 предусмотрены дополнительные виды лабораторных исследований, выполняемых централизованными лабораториями.

7. При оплате медицинской помощи **в стационарных условиях и в условиях дневного стационара Соглашением № 1/2020 предусмотрено применение новой модели КСГ.** Основными отличиями новой модели клинко-статистических групп от модели КСГ 2019 года являются:

1) увеличение количества КСГ в условиях круглосуточного стационара с 359 до 364 групп, в условиях дневного стационара - с 150 до 153 групп, в том числе за счет:

- расширения количества КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара с 10 до 13 групп;

- расширения количества КСГ для случаев лечения эпилепсии в стационарных условиях;

- выделения КСГ в условиях дневного стационара для случаев

госпитализации в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования;

2) пересмотр содержания КСГ для случаев лучевой терапии;

3) увеличение коэффициентов относительной затратоемкости КСГ для случаев хирургического лечения по профилю "Онкология" с учетом анестезиологического пособия;

4) пересмотр коэффициентов относительной затратоемкости КСГ по профилю "Онкология" с учетом средних нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

5) установление понижающих управленческих коэффициентов к большинству КСГ в условиях дневного стационара, за исключением КСГ по профилю "Онкология" и "Детская онкология";

6) выделение подгрупп в составе КСГ st36.003 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов».

7) при оплате прерванных случаев, когда пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, предусмотрена оплата случая в размере:

- при длительности лечения **3 дня и менее в размере 80 %** от стоимости соответствующей КСГ;

- при длительности лечения **более 3-х дней в размере 90%** от стоимости соответствующей КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, установлен в соответствии с пунктом 2 приложения 2.4 к Соглашению.

Врио директора



Н.Н. Александрович