

Дополнительное соглашение № 9
к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по
обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской
области от 27.12.2019г.

г. Иркутск

« 30 » июня 2020 г.

Ледяева Наталия Петровна - исполняющая обязанности министра здравоохранения Иркутской области;

Градобоев Евгений Валерьевич - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области;

Сосова Кристина Вилорьевна - полномочный представитель Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Иркутской области, директор Иркутского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»;

Никифорова Светлана Владимировна - председатель Иркутской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Гайдаров Гайдар Мамедович - председатель Правления Иркутского регионального отделения Общероссийской общественной организации "Российское общество по организации здравоохранения и общественного здоровья",

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) и в дальнейшем именуемые "Стороны", на основании решения, принятого Комиссией, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 27 декабря 2019 года (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

Внести в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 27.12.2019 года (в редакции Дополнительных соглашений № 1 от 29.01.2020г., № 2 от 27.02.2020г., № 3 от 27.03.2020г., № 4 от 09.04.2020г., № 5 от 21.04.2020г. № 6 от 27.04.2020г., № 7 от 14.05.2020г., № 8 от 29.05.2020г.) (далее – Тарифное соглашение) следующее изменение:

1. Пункт 2 Главы 2 Раздела 2 изложить в новой редакции:

«2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в стационарных условиях, производится:

За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний (далее - КСГ));

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. Пункт 10 Главы 2 Раздела 2 изложить в следующей редакции:

«10. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой пациентам с COVID-19, в справочник классификационных критериев (V024) добавлены критерии:

- it8 – непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение менее 120 часов;

- it9 – непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 120 часов и более.

В составе следующих клинко-статистических групп заболеваний в стационарных условиях выделены подгруппы:

для случаев легкого течения заболевания:

- и отсутствии сопутствующих заболеваний J12-J18:

st12.008.1 «Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые (COVID-19)», коэффициент затратоемкости – 1,2

st12.009.1 «Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети (COVID-19)», коэффициент затратоемкости – 1,2

В качестве классификационного критерия используется:

- код основного диагноза U07.1 «COVID – 19, вирус идентифицирован».

st12.008.2 «Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые», коэффициент затратоемкости – 1,17

st12.009.2 «Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети коэффициент затратоемкости – 0,97

- при наличии сопутствующих заболеваний J12-J18:

st23.004.1 «Пневмония, плеврит, другие болезни плевры (COVID-19)», коэффициент затратоемкости - 3

В качестве классификационных критериев используются:

- код основного диагноза U07.1 – Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов)

- код сопутствующего диагноза J12 - J18

st23.004.2 «Пневмония, плеврит, другие болезни плевры», коэффициент затратоемкости - 1.27

В качестве классификационного критерия используется: - код основного диагноза J12 - J18.

для случаев тяжелого течения заболевания:

st12.013.1 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (тяжелое течение COVID-19)», коэффициент затратоемкости – 6

В качестве классификационных критериев используются:

- код основного диагноза U07.1 - Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов)

- код сопутствующего диагноза J12 - J18

- дополнительный классификационный критерий – it9 – непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 120 часов и более

для случаев среднетяжелого течения заболевания:

st12.013.2 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (среднетяжелое течение COVID-19)», коэффициент затратоемкости – 5

В качестве классификационных критериев используются:

- код диагноза U07.1 - Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов)

- код сопутствующего диагноза с J12 по J18.9

- дополнительный классификационный критерий – it8 - непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение менее 120 часов

st12.013.3 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», коэффициент затратоемкости – 2.2

В качестве классификационных критериев используются:

код основного диагноза J12 - J18

дополнительный классификационный критерий –it1- непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более».

3. Главу 2 Раздела 2 дополнить пунктом 11 следующего содержания:

« 11. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в рамках выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи взаимные расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных

реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласованных между медицинскими организациями, что подтверждается подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации уменьшается на объем средств, причисленных другой медицинской организации за оказанную медицинскую помощь по направлениям, выданным данной медицинской организацией. При этом страховая медицинская организация ежемесячно извещает медицинские организации о размере перечисленных средств, уменьшенных в рамках взаиморасчетов.».

4. Пункт 2 Главы 3 Раздела 2 изложить в новой редакции:

« 2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в условиях дневного стационара, производится:

За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний (далее - КСГ));

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.»

5. Главу 3 Раздела 2 дополнить пунктом 10 следующего содержания:

«10. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, в рамках выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи взаимные расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласованных между медицинскими организациями, что подтверждается подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации уменьшается на объем средств, причисленных другой медицинской организации за оказанную медицинскую

помощь по направлениям, выданным данной медицинской организацией. При этом страховая медицинская организация ежемесячно извещает медицинские организации о размере перечисленных средств, уменьшенных в рамках взаиморасчетов.».

6. Абзац 1 Пункта 5 Главы 2 Раздела 3 изложить в новой редакции:

« 5. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

5.1. Среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях устанавливается в размере:

для медицинских организаций 1-го уровня - 1,06;

для медицинских организаций 2-го уровня - 1,21;

для медицинских организаций 3-го уровня - 1,34,

для федеральных медицинских организаций и (или) структурных подразделений федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь – 1,4.».

7. Абзац 1 Пункта 5 Главы 3 Раздела 3 изложить в новой редакции:

«5. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ:

5.1. Среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара устанавливаются в размере:

для медицинских организаций 1-го уровня - 1,06;

для медицинских организаций 2-го уровня - 1,15;

для медицинских организаций 3-го уровня - 1,3.»

8. Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 1 к настоящему Дополнительному соглашению).

9. Приложение № 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 2 к настоящему Дополнительному соглашению).

10. Приложение № 3 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую

помощь в условиях дневного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 3 к настоящему Дополнительному соглашению).

11. Приложение № 4 «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 4 к настоящему Дополнительному соглашению).

12. Приложение № 7 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 5 к настоящему Дополнительному соглашению).

13. Приложение № 13 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 6 к настоящему Дополнительному соглашению).

14. Приложение № 18 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 7 к настоящему Дополнительному соглашению).

15. Приложение № 26 «Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 8 к настоящему Соглашению).

16. Приложение № 28 «Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 9 к настоящему Дополнительному соглашению).

17. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения при оплате медицинской помощи, оказанной с 1 июня 2020 года.

18. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в пяти


экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН

 Н.П. Ледяева

 К.В. Сосова

 Г.М. Гайдаров

 Е.В. Градобоев

 С.В. Никифорова