**ПРОТОКОЛ**

заседания комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия)

г. Пенза № 1 09.01.2020г.

**Присутствовали члены Комиссии:**

Министр здравоохранения

Пензенской области (председатель Комиссии) – А*.В. Никишин*

Заместитель Министра здравоохранения

Пензенской области (сопредседатель Комиссии) – *О.В. Чижова*

Начальник отдела государственных гарантий ОМС и целевых

программ Министерства здравоохранения Пензенской области – *О.А. Евдокимова*

Директор Территориального фонда обязательного

медицинского страхования Пензенской области – *Е.А. Аксенова*

Начальник Управления по формированию и финансированию

территориальной программы обязательного медицинского

страхования Территориального фонда обязательного медицинского

страхования Пензенской области (секретарь Комиссии) –  *И.В. Жучкова*

Исполняющий обязанности директора

филиала АО «МАКС-М» в г. Пензе – *Д.А. Гагаринский*

Директор филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование»

в Пензенской области – *В.А. Ковалев*

Заместитель директора филиала ООО «Капитал

Медицинское Страхование» в Пензенской области – *И.А. Грешникова*

Главный врач государственного бюджетного

учреждения здравоохранения «Клиническая

больница № 6 им. Г.А. Захарьина» - *Д.Ю. Зиновьев*

Главный врач государственного бюджетного

учреждения здравоохранения «Пензенская областная

клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» - *В.В. Космачев*

Председатель Пензенской областной организации профсоюза

работников здравоохранения Российской Федерации *– Г.А. Попадюк*

Специалист аппарата Пензенской областной организации

профсоюза работников здравоохранения – *Д.В. Антонов*

Член комитета Пензенской областной организации

профсоюза работников здравоохранения – *Ю.Ф. Чепурнов*

Член региональной общественной организации по защите прав и

законных интересов медицинских и фармацевтических работников

«Врачебная палата» Пензенской области, главный врач

ГБУЗ «Колышлейская районная больница» – *В.А. Аббакумов*

**Отсутствовали:**

Начальник отдела экономического обоснования,

формирования и анализа территориальной программы

обязательного медицинского страхования Территориального фонда

обязательного медицинского страхования Пензенской области – *Л.В. Савинова*

*(больничный лист)*

Член региональной общественной организации по защите прав и

законных интересов медицинских и фармацевтических работников

«Врачебная палата» Пензенской области, главный врач

ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая

больница им. Н.Ф. Филатова» – *М.С. Баженов*

*(очередной отпуск)*

Член региональной общественной организации по защите прав и

законных интересов медицинских и фармацевтических работников

«Врачебная палата» Пензенской области, главный врач

ГБУЗ «Каменская межрайонная больница» – *А.В. Галкин*

*(очередной отпуск)*

Главный врач частного учреждения здравоохранения

«Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» - *Н.А.Герцог*

*(очередной отпуск)*

Всего членов комиссии – 18 человек, 18 голосов.

Присутствовали – 14 человек, 14 голосов.

Отсутствовали – 4 человека.

**Повестка заседания Комиссии:**

1. О согласовании проекта Тарифного соглашения о стоимости медицинской помощи, предоставляемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области в 2020 году.

**Вопрос 1. О согласовании проекта Тарифного соглашения о стоимости медицинской помощи, предоставляемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области в 2020 году.**

Рабочей группой, состав которой утвержден решением Комиссии от 13.06.2019 (Протокол №13), в адрес Комиссии представлен проект Тарифного соглашения о стоимости медицинской помощи, предоставляемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области в 2020 году.

Проект Тарифного соглашения о стоимости медицинской помощи, предоставляемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области (далее – Тарифное соглашение), разработан в соответствии с требованиями Федеральных законов от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями), от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями), Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 года, регистрационный №54643), постановления Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 года №1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрированной в Минюсте России 07.11.2017 №48808 (с последующими изменениями), приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 года №555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи», зарегистрированного в Министерстве юстиции Российской Федерации 4 июня 2012 года №24440 (с последующими изменениями), Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 02.12.2019 №66/11/9) и направленных в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 12 декабря 2019 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №17033/26-2/и, приказа Федерального фонда ОМС от 21.11.2018 №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», зарегистрированного в Минюсте России 25.12.2018 №53153, приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 №514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», зарегистрированного в Минюсте России 18.08.2017 №47855 (с последующими изменениями), приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Зарегистрировано в Минюсте России 24.04.2019 №54495) (с последующими изменениями), информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2019 № 11-7/11/2-12330 по вопросам формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов, постановления Правительства Пензенской области от 27.12.2019 №850-пП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов».

В проекте Тарифного соглашения на 2020 год (приложение №1 к настоящему протоколу) предусмотрено:

1. Установление единых тарифов на медицинскую помощь, оказываемую в рамках Территориальной программы ОМС (далее – ТПОМС) по условиям и уровням оказания медицинской помощи.
2. Финансирование амбулаторной медицинской помощи (за исключением амбулаторной помощи в неотложной форме) и скорой медицинской помощи по подушевому принципу, в том числе:

- скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации;

- амбулаторной помощи с иными целями (за исключением: профилактических мероприятий по проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, в том числе при первых посещениях по поводу диспансерного наблюдения; диагностических исследований, проводимых в амбулаторных условиях (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-гинетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний); обращений в Центры здоровья; амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, не имеющими прикрепившихся лиц; посещений по специальности «гериатрия»; стоматологической помощи с профилактической целью, - которые оплачиваются по установленным тарифам за посещение и за медицинскую услугу, а так же за исключением средств на финансовое обеспечение ФАП и ФП, в том числе расходов на осуществление денежных выплат стимулирующего характера медицинскому персоналу ФАП и ФП);

- амбулаторной помощи в связи с заболеваниями (за исключением стоматологической помощи, которая оплачивается за законченный случай заболевания по числу фактически оказанных медицинских услуг, включенных в один законченный случай лечения заболевания по тарифам за 1 условную единицу трудоемкости; за исключением заместительной почечной терапии, проводимой в амбулаторных условиях и оплачиваемой по тарифам за услугу; и за исключением амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, не имеющими прикрепившихся застрахованных лиц).

В состав тарифов на основе подушевого принципа включены:

- расходы на финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковых врачей-терапевтов участковых, врачей педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей);

- расходы на осуществление денежных выплат стимулирующего характера врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи;

- расходы на осуществление денежных выплат стимулирующего характера врачам-специалистам, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Тариф на основе подушевого принципа на прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц для получения первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях с и иными целями и по поводу заболевания, устанавливается индивидуальные по каждой медицинской организации на основании:

- коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, установленных в Тарифном соглашении на 2020 год для групп медицинских организаций (группы медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи формируются в соответствии с пунктом 5.2. Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 №247 (далее – Требования), в том числе для 1-го уровня в размере 0,8938, для медицинских организаций 1-го уровня 1-го подуровня в размере 1,6317, для медицинских организаций 2-го уровня в размере 0,9380, для медицинских организаций 3-го уровня в размере 1,3615;

- коэффициентов половозрастных затрат для конкретной медицинской организации, которые определяются исходя из стоимости амбулаторной помощи с иными целями и амбулаторной помощи по поводу заболевания для каждой половозрастной группы за предыдущий период и численности прикрепившихся к медицинским организациям застрахованных лиц по половозрастным группам, при этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере 1,6;

- коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинским организациям лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, в том числе для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек в размере 1,113; для медицинских организаций и их структурных подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек в размере 1,04; для медицинских организаций имеющих структурные подразделения, соответствующие условиям применения коэффициентам дифференциации, коэффициент дифференциации рассчитывается из доли населения, обслуживаемого данными подразделениями по формуле представленной в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Тариф на основе подушевого принципа на прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц для получения скорой медицинской помощи устанавливается для группы медицинских организаций исходя из значений интегрированных коэффициентов, определенных по каждой медицинской организации на основании:

- коэффициентов половозрастных затрат для конкретной медицинской организации, который определяется исходя из общей стоимости скорой медицинской помощи для каждой половозрастной группы за предыдущий период и численности прикрепившихся к медицинским организациям застрахованных лиц;

- коэффициентов дифференциации, учитывающих достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных дорожными картами *«Развитие здравоохранения в субъекте Российской Федерации».*

Коэффициенты дифференциации, учитывающие достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, установлены при определении подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи исходя из расчетного размера расходов на оплату труда (с начислениями на оплату труда), определенного на основании сведений медицинских организаций о числе физических лиц, участвующих в оказании медицинской помощи соответствующего вида, по состоянию на 01.09.2019, по каждой медицинской организации, и среднего размера оплаты труда в месяц, рассчитанного исходя из установленных целевых показателей «дорожной картой» на 2020 год (56 440,0 руб. врачам; 28 220,0 руб. – среднему медицинскому персоналу; по младшему медицинскому персоналу и по персоналу, на который не распространяется действие Указов Президента Российской Федерации, с учетом индексации с 01.10.2020 на прогнозируемый уровень инфляции (3,0%).

Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, предусмотрена по тарифам:

- на основе фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на лиц, застрахованных по ОМС на территории Пензенской области и прикрепившихся к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи;

- за вызов скорой медицинской помощи при проведении тромболизиса.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевым нормативам финансирования предусмотрено осуществление выплат стимулирующего характера при условии исполнения медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, показателей результативности, устанавливаемых Тарифным соглашением, на основании показателей, представленных в приложении №5 «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера должна осуществляться:

- по 5- ти показателям страховыми медицинскими организациями - ежемесячно;

- по 3-м Комиссией по разработке ТПОМС - не чаще 1 раза в квартал.

- по показателям результативности деятельности «Бережливой поликлиники», представленным в Методических рекомендациях *«Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»,* утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации от 30.07.2019, – 1 раз в год на основании информации Координационного центра по реализации регионального проекта «Развитие системы первичной медико-санитарной помощи».

Перечень показателей результативности деятельности, целевые значения, период оценки, отражены в приложении №32 к проекту Тарифного соглашения на 2020 год.

Порядок расчета размера доплаты медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях не прикрепившимся к медицинской организации лицам предусмотрен в приложении №32 к проекту Тарифного соглашения.

Размер средств на осуществление выплат стимулирующего характера предусмотрен в сумме 90 000 000 руб. в год. Доля всех средств (ДРД), направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений по всем показателям результативности, от размера финансового обеспечения медицинской организации, рассчитанного как произведение фактического дифференцированного подушевого норматива и численности, прикрепившихся к медицинским организации застрахованных лиц, составляет 0,046385.

1. Оплата медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, в следующих случаях:

- при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС;

- при оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, не имеющими прикрепившихся лиц;

- при оплате профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, проводимых медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц;

- при оплате стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц;

- при оплате диагностических исследований, оказываемых в амбулаторных условиях, в том числе в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, эндоскопических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний);

- при оплате посещений Центров здоровья (для проведения комплексного обследования и для динамического наблюдения), в том числе если Центры здоровья созданы на функциональной основе медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц;

- при оплате неотложной медицинской помощи;

- при оплате услуг диализа в амбулаторных условиях.

 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, предусмотрены:

1) за комплексное посещение при проведении 1 этапа профилактических осмотров несовершеннолетнихв соответствии с тарифами, рассчитанными в соответствии:

* с перечнем врачебных специальностей, включенных в законченный случай в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 №514н, и тарифами, установленными за 1 посещение с профилактической и иной целью по каждой врачебной специальности на 2019 год;
* с перечнем услуг, установленным для каждой возрастной группы детей приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 №514н, и тарифами на услуги, рассчитанными в соответствии с требованиями п. 155- 166 Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.201 №158н (с последующими изменениями), при установлении тарифов за законченный случай профилактического осмотра несовершеннолетних на 2019 год;
* в соответствии с требованиями статьи 153 «Трудового кодекса Российской Федерации» от 30.12.2011 №197-Ф (с последующими изменениями) по случаям проведения профилактических осмотров несовершеннолетних в выходные дни (в связи с применением повышающего коэффициента (2,0) к оплате труда за работу в выходные дни к доле расходов на оплату труда (с учетом начислений по оплату труда), которая составляет по данным отчета по форме №14Ф за 9 месяцев 2019 года – 0,7452);
* в соответствии с требованиями Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования по случаям проведения профилактических осмотров несовершеннолетних мобильными медицинскими бригадами для обучающихся в общеобразовательных организациях, то есть коэффициент равен 1,2;

2) на диагностические исследования, проводимые в амбулаторных условиях, в соответствии с требованиями п. 184-209 Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н.

3) на первичное обращение для проведения комплексного обследования в Центре здоровья в соответствии с тарифами, установленными в Тарифном соглашении на 2019 год;

4) за комплексное посещение при проведении 1-го этапа диспансеризации взрослого населения и профилактического осмотра взрослого населения I этапа:

- в соответствии с перечнем услуг, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 №124н *«Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;*

- в соответствии с требованиями Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования по случаям проведения диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения, то есть с коэффициентом равным 1,2;

- в соответствии с требованиями статьи 153 «Трудового кодекса Российской Федерации» от 30.12.2011 №197-Ф (с последующими изменениями) по случаям проведения профилактических осмотров взрослых в выходные дни (в связи с применением повышающего коэффициента (2,0) к оплате труда за работу в выходные дни к доле расходов на оплату труда (с учетом начислений по оплату труда), которая составляет по данным отчета по форме №14Ф за 9 месяцев 2019 года – 0,7452).

5) за комплексное посещение при проведении 1-го этапа диспансеризации детей-сирот *(детей-сирот, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных/удочеренных, принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью; пребывающих в стационаре детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации)*, в соответствии с тарифами, установленными на 2019 год;

6) за посещение в неотложной форме, исходя из общего объема средств, предусмотренных на финансовое обеспечение неотложной медицинской помощи по нормативам, установленным ТПОМС на 2020 год, за минусом средств нормированного страхового запаса в части расходов на оказание неотложной медицинской помощи в других субъектах Российской Федерации и за минусом расходов при оказании неотложной медицинской помощи в отделениях экстренной медицинской помощи (скорой медицинской помощи), рассчитанных как произведение распределенных решением Комиссии по разработке ТПОМС между медицинскими организациями объемов посещений в отделении экстренной медицинской помощи и тарифов на 1 посещение в неотложной форме в отделение экстренной медицинской помощи (СМП), установленных в Тарифном соглашении на 2019 год;

7) за 1 условную единицу трудоемкости (УЕТ) (73,60 руб.) при оказании стоматологической помощи по поводу заболевания и при оказании стоматологической помощи с иными целями, исходя из базовой ставки финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (251,24 руб. на 1 посещение), относительного коэффициента затратоемкости по специальности «стоматология» (0,9113) и среднего количества УЕТ в одном посещении (4,2);

8) за одно обращение по поводу заболевания и за одно посещение с иными целями, исходя из базовой ставки финансирования амбулаторной медицинской помощи с профилактической и иными целями и по поводу заболевания (251,24 руб.), рассчитанной из общего объема средств, предусмотренных на финансовое обеспечение амбулаторной помощи с профилактической и иными целями и по поводу заболевания по нормативам, установленным ТПОМС на 2020 год *(за минусом средств нормированного страхового запаса в части расходов на оказание амбулаторной помощи с профилактической и иными целями и по поводу заболевания в других субъектах Российской Федерации, и за минусом расходов: на проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определенных групп населения; на проведение диагностических исследований в амбулаторных условиях;* *на первичные обращения в Центры здоровья; на оказание стоматологической помощи с иными целями и по поводу заболевания; на финансовое обеспечение ФАП и ФП; на оказание услуг диализа в амбулаторных условиях)*, и нормативов объемов амбулаторной помощи с иными целями и по поводу заболевания (в посещениях), установленных ТПОМС на 2020 год, с учетом применения к базовой ставке относительных коэффициентов стоимости посещения с иными целями и поправочных коэффициентов стоимости обращения по врачебным специальностям, установленных в приложении №7 к разъяснениям Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2019 № 11-7/и/2-12330 по вопросу формирования и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов.

4. Оплата медицинской помощи, предоставляемой в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания (случай госпитализации), включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ);

- за законченный случай госпитализации при использовании методов лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС;

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

- за услугу, при проведении процедур заместительной почечной терапии с учетом применения различных методов. При этом, стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг в течение всего периода нахождения пациента в стационаре является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, предусмотрены:

- за законченный случай госпитализации по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего, в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019г. №1610 *«О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов»,* в соответствии с нормативами финансовых затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, установленными постановлением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019г. №1610, с учетом коэффициента дифференциации (1,007), примененного к нормативу финансовых затрат по формуле, указанной в приложении №12 к разъяснениям Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2019 № 11-7/и/2-12330;

- за законченный случай лечения заболевания (случай госпитализации), включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ), в соответствии с требованиями «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 02.12.2019 №66/11/9) и направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019 № 11-7/и/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 №17033/26-2/и;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи *(при переводе пациента в другую медицинскую организацию, при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения при летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований),* в соответствии с требованиями «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 02.02.2019 №66/11/9) и направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации 12.12.2019 №11-7/и/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 №17033/26-2/и;

- за услугу, при проведении процедур заместительной почечной терапии с учетом применения различных методов *(стоимость фактически выполненных услуг в течение всего периода нахождения пациента в стационаре является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения),* в соответствии с требованиями «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 02.12.2019 №66/11/9) и направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации 12.12.2019 №11-7/и/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 №17033/26-2/и.

При установлении тарифов на основе клинико-статистических групп для случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара:

* определен размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара (базовая ставка) (22 753,90 рублей или 65,09% от норматива, установленного в Территориальной программе ОМС на 2020 год) исходя из:

 - объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара и оплачиваемой по КСГ (за минусом расходов: на оказание медицинской помощи в других субъектах Российской Федерации, на проведение заместительной почечной терапии; на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, и за минусом средств нормированного страхового запаса);

 - общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (определяется исходя из норматива объема, установленного в ТПОМС за минусом объемов медицинской помощи, оплачиваемых при осуществлении межтерриториальных расчетов, и объемов по заболеваниям, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи).

* к базовой ставке по формуле, установленной в Методических рекомендациях, применены коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, коэффициенты сложности лечения пациента, управленческие коэффициенты.

Размер средней стоимости законченного случая госпитализации, включенного в КСГ (базовая ставка), в условиях круглосуточного стационара (22 753,90 руб.) составляет 65,09% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного территориальной программой ОМС на 2020 год (34 956,70 руб.).

При этом, к базовой ставке не применен коэффициент дифференциации, поскольку данный коэффициент уже включен в базовую ставку, так как расчет базовой ставки осуществлен исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных в утвержденной ТПОМС на 2020 год, которые уже установлены с учетом коэффициентов дифференциации (1,007).

Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (КЗ), установлены в соответствии с приложением №1 к Методическим рекомендациям.

Значения коэффициентов уровней и подуровней оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации предусмотрены в полном соответствии с требованиями Методических рекомендаций, в том числе:

1) для медицинских организаций 1-го уровня – 0,9500;

2) для медицинских организаций 2-го уровня:

- для медицинских организаций *2-го уровня 1 подуровня* – 1,09577;

- для медицинских организаций *2-го уровня 2 подуровня* (для госпиталей ветеранов войн) – 1,2;

- для медицинских организаций *2-го уровня 3 подуровня* (для медицинских организаций*,* расположенных на территории закрытых административных территориальных образований) *–* 1,2*;*

3) для медицинских организаций *3-го уровня*:

- для медицинских организаций *3-го уровня 1 подуровня* (за исключением федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, и федеральных медицинских организаций*,* оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований) – 1,1000000;

- для медицинских организаций *3-го уровня 2 подуровня* (для федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь) – 1,4.

- для медицинских организаций *3-го уровня 3 подуровня* (для федеральных медицинских организаций*,* оказывающихвысокотехнологичную медицинскую помощь, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований) – 1,4.

Коэффициент сложности лечения пациента установлены единые для всех уровней оказания медицинской помощи в соответствии с приложением №3 к Методическим рекомендациям для следующих случаев лечения:

- сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года), кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология»,(№1) – 1,1;

- сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1до 4) (№2) - 1,1;

- необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний) (№3) – 1,05;

- сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра), кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки (№4) – 1,02;

- сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении *(применяется в случае госпитализации на геронтологические профильные койки пациента с основным диагнозом, не включенным в перечень диагнозов, определенных КСГ «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией», сопутствующий диагноз пациента – старческая астения (R54*)*)* (№5) – 1,1;

- наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (№6) – 1,1;

- проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (№8) – 1,3;

- сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (№9) в соответствии с расчетными значениями, но не выше 1,8;

- проведение сочетанных хирургических вмешательств (№10) – 1,2;

- проведение однотипных операций на парных органах (№11) – 1,2.

- проведение антимикробной терапии инфекцией, вызванных полирезистентными микроорганизмами (№12) - 1,4;

- проведение иммунизации против респераторно-синцитиально вирусной (РСВ) инфекции на фоне лечения нарушений, возникающих в перинатольном периоде (№13)- 1,05;

- проведение молеклярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований (№14) – 1,15.

Управленческие коэффициенты оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре для всех медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций на 2020 год, установлены в диапазоне 0,80042 до 1,4 по каждой клинико-статистической группе и являются едиными для всех уровней оказания медицинской помощи, при этом:

- в таблице №55 проекта Тарифного соглашения на 2020 год, указаны группы КСГ с применением сложных медицинских технологий (влияющим на снижение смертности, а так же с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы), к которым не применяются понижающие управленческие коэффициенты;

- в таблице №56 проекта Тарифного соглашения на 2020 год, указаны группы КСГ, по которым лечение возможно в условиях дневного стационара или в амбулаторных условиях, к которым не применяются повышающие управленческие коэффициенты;

- к КСГ по профилям «онкология» и «детская онкология» управленческие коэффициенты не применяются, а устанавливаются в значении 1,0.

Перечень клинико-статистических групп заболеваний, оплата которых на территории Пензенской области в 2020 году осуществляется по тарифам за законченный случай заболевания (случай госпитализации), включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ), сформирован в соответствии с «Инструкцией по группировке случаев, в том числе правил дополнительных классификационных критериев и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» и расшифровкой клинико-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (файл «Расшифровка групп КС» в формате MS EXCEL), направленных ФФОМС в ТФОМС от 13.12.2019 №17151/26-1/и.

Предусмотрен порядок оплаты при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями и порядок оплаты прерванных случаев лечения в условиях круглосуточного стационара:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №пп | Условия и размер оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре | Размер оплаты (в %) от стоимости КСГ, установленной в проекте Тарифного соглашения  |
| 1 | При длительности лечения 3 дня и менее и при условии выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационными критериями отнесения случая лечения к конкретной КСГ, за исключением законченных случаев, включенных в таблицу №33 проекта Тарифного соглашения (случаев, оплачиваемых в полном объеме независимо от длительности лечения)  | 80% |
| 2 | При длительности лечения более 3-х дней и при условии выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационными критериями отнесения случая лечения к конкретной КСГ | 100% |
| 3 | При длительности лечения 3 дня и менее в случае, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, не проводились, за исключением законченных случаев, включенных в таблицу №33 проекта Тарифного соглашения (случаев, оплачиваемых в полном объеме независимо от длительности лечения ) | 33% |
| 4 | При длительности лечения более 3-х дней в случае, когда хирургическое вмешательство (или) тромболитическая терапия, не проводились | 50% |

Предусмотрены критерии госпитализации пациента в реабилитационные отделения круглосуточного стационара на основании оценки состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ) (при оценке 3-6 баллов).

Также, в проекте Тарифного соглашения предусмотрены схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, на основании которых осуществляется отнесение случая госпитализации к клинико-статистическим группам, а также справочник международных непатентованных наименований лекарственных препаратов, применяемых в сочетании с лучевой терапией, и диапазон фракций (количества дней проведения лучевой терапии).

5. Оплата медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, предусмотрена:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ) заболеваний;

- за услугу (за проведение одной процедуры гемодиализа и за 1 день лечения (обмена) при проведении перитонеального диализа), как составной компонент оплаты случая лечения, применяемый дополнительно к оплате по КСГ №ds 18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» в рамках одного случая лечения.

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, при преждевременной выписке пациента из медицинской организации, при его письменном отказе от дальнейшего лечения, при проведении диагностических исследований, при проведении диализа, при летальном исходе.

Тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара на основе КСГ установлены в соответствии требованиями «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 02.12.2019 №66/11/9) и направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019 №11-7/и/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 №17033/26-2/и (далее – Методические рекомендации).

При установлении тарифов на основе КСГ для случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара:

1. определен размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара (базовая ставка) составляет (12 662,86 рублей), исходя из:

- общего объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2020 год, за минусом расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в других субъектах Российской Федерации, за минусом расходов на проведение заместительной почечной терапии и за минусом средств нормированного страхового запаса;

- частоты случаев госпитализации по каждой КСГ, установленной исходя из норматива объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара на 2020 год, за минусом объемов представления медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Пензенской области, в других субъектах Российской Федерации;

1. к базовой ставке по формуле, установленной Методическими рекомендациями, применены коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, коэффициенты сложности лечения пациента, управленческие коэффициенты.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка – 12 662,86 руб.), в условиях дневного стационара составляет 60,01% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного территориальной программой ОМС на 2020 год (21 101,97 руб.).

При этом, к базовой ставке не применен коэффициент дифференциации, поскольку данный коэффициент уже включен в базовую ставку, так как расчет базовой ставки осуществлен исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных в утвержденной ТПОМС на 2020 год, которые уже установлены с учетом коэффициентов дифференциации (1,007).

Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (КЗ), предусмотрены в соответствии с приложением №2 к Методическим рекомендациям.

В связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в дневном стационаре в медицинских организациях разного уровня среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в дневном стационаре на 2020 год, равно 1, при этом для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, коэффициент устанавливается в размере 1,2.

Коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара по всем заболеваниям, включенным в КСГ, равен 1, за исключением КСГ по случаям проведения экстракорпорального оплодотворения, по которым установлено 5 значений КСЛП (от 0,19 до 1,1) в соответствии с требованиями Методических рекомендаций и Инструкцией по группировке.

Установлен порядок применения коэффициентов сложности лечения пациентов при проведении определенных этапов экстракорпорального оплодотворения.

Управленческие коэффициенты оказания медицинской помощи в дневном стационаре для всех медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций на 2020 год, установлены в диапазоне 0,80004 до 1,00 по каждой клинико-статистической группе.

Перечень клинико-статистических групп заболеваний, оплата которых на территории Пензенской области в 2020 году осуществляется по тарифам за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ), сформирован в соответствии с «Инструкцией по группировке случаев, в том числе правил дополнительных классификационных критериев и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» и расшифровкой КСГ для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (файл «Расшифровка групп ДС» в формате MS EXCEL) , направленных ФФОМС в ТФОМС от 13.12.2019г.№17154/26-1/и.

Предусмотрен порядок оплаты при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями и порядок оплаты прерванных случаев лечения в условиях дневного стационара:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №пп | Условия и размер оплаты прерванных случаев лечения в дневном стационаре | Размер оплаты (в %) от стоимости КСГ, установленный в проекте Тарифного соглашения  |
| 1 | При длительности лечения 3 дня и менее и при условии выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационными критериями отнесения случая лечения к конкретной КСГ, за исключением законченных случаев, включенных в таблицу №46 проекта Тарифного соглашения (случаев, оплачиваемых по полному тарифу независимо от длительности лечения ) | 80% |
| 2 | При длительности лечения более 3-х дней и при условии выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационными критериями отнесения случая лечения к конкретной КСГ | 100% |
| 3 | При длительности лечения 3 дня и менее в случае, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, не проводились, за исключением законченных случаев, включенных в таблицу №46 проекта Тарифного соглашения (случаев, оплачиваемых по полному тарифу независимо от длительности лечения ) | 33% |
| 4 | При длительности лечения более 3-х дней в случае, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, не проводились | 50% |

Предусмотрены критерии госпитализации пациента в реабилитационные отделения дневного стационара на основании оценки состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ)(при оценке 2-3 балла).

Также, в проекте Тарифного соглашения предусмотрены схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, на основании которых осуществляется отнесение случая госпитализации к клинико-статистическим группам, а также справочник международных непатентованных наименований лекарственных препаратов, применяемых в сочетании с лучевой терапией, и диапазон фракций (количества дней проведения лучевой терапии).

6. По всем условиям оказания медицинской помощи тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в рамках ТПОМС в 2020 году, включают расходы в соответствии с требованиями ч.7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями).

7. С 1 января 2020 года предусмотрены следующие средние нормативы стоимости единицы объема (базовые ставки финансирования):

- средняя стоимость одного законченного случая лечения в условиях дневного стационара (БС ДС) – 12 662,86 руб., что выше средней стоимости установленной с 01.01.2019 на 4,4% (12 128,86 руб.), по причине увеличения федерального норматива стоимости 1 случая лечения в связи с увеличением нормативов стоимости по профилю «онкология» на 10% и нормативов стоимости по проведению ЭКО на 4,22%, и снижения стоимости по всем остальным профилям на 16,48%;

- средняя стоимость одного законченного случая в условиях круглосуточного стационара (БС КС) – 22 753,90 руб., что выше средней стоимости установленной с 01.01.2019 на 8,35% (21 000,26 руб.) по причине: увеличения федерального норматива стоимости одного случая госпитализации на 8,2% за счет увеличения федеральных нормативов стоимости одного случая госпитализации по профилю «онкология» на 31,47% и по профилю «медицинская реабилитация» - на 4,22% и снижения стоимости одного случая госпитализации по остальным профилям медицинской помощи (за исключением случаев лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи) на 0,81%.

- средняя стоимость одного посещения в неотложной форме – 636,76 руб., что на 4,86% выше средней стоимости посещения на 2019 год (607,23 руб.) по причине увеличения федерального норматива стоимости посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

- средняя стоимость одного посещения с иными целями и по поводу заболевания – 251,24 руб., что на 25,05% ниже средней стоимости посещения по состоянию на 01.06.2019 года (335,22) по причине:

* увеличения федеральных нормативов стоимости одного комплексного посещения при проведении диспансеризации на 72,80% и при проведении профилактического осмотра на 74,47%, при среднем увеличении нормативов стоимости единицы объема амбулаторной помощи с профилактической и иными целями на 6,6%;
* установления отдельных федеральных нормативов объемов и федеральных нормативов стоимости на диагностические исследования, расходы на которые включены (11,92%) в общие расходы на амбулаторную помощь в связи с заболеванием;
* исключения из общих расходов (4 153,93 тыс. руб.) на оказание амбулаторной медицинской помощи (с иной целью и в связи с заболеванием) расходов (501,33 тыс. руб. или 12,07%) на финансовое обеспечение ФАП и ФП, которые финансируются по числу ФАП, ФП и по нормативам финансового обеспечения, установленным на федеральном уровне на 1 ФАП, ФП в год в зависимости от численности обслуживаемого населения;

- средний подушевой норматив финансирования в месяц скорой медицинской помощи, предоставляемой вне медицинской организации, –57,63 руб., что выше установленного на январь - октябрь 2019 года подушевого норматива (56,89 руб.) на 1,3% по причине увеличения федерального норматива стоимости 1 вызова скорой медицинской помощи;

- средний подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, (с иными целями и по поводу заболевания) в месяц – 126,01 руб., что ниже среднего подушевого норматива финансирования на январь-сентябрь 2019 года (126,68 руб.) на 0,53%.

8. Медицинские организации по уровням оказания медицинской помощи распределены в соответствии с требованиями приказа ФФОМС от 21.11.2018 №247 «Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения»:

1) к медицинским организациям первого уровня оказания медицинской помощи отнесены медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в пределах муниципального образования (внутригородского округа), в том числе первичную медико-санитарную помощь, скорую и специализированную медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи);

2) к медицинским организациям второго уровня оказания медицинской помощи отнесены медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) населению нескольких муниципальных образований;

3) к медицинским организациям третьего уровня оказания медицинской помощи отнесены медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, которым решением Комиссии распределены объемы высокотехнологичной медицинской помощи.

9. Предусмотрены следующие приложения к проекту Тарифного соглашения на 2020 год:

-Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС на 2020 год, по уровням оказания медицинской помощи.

-Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот).

- Расчет коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинским организациям лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек, применяемых к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинским организациям лиц.

- Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско- акушерских пунктов (далее - ФП, ФАП) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территориии Пензенской области на 2020 год и на плановый период период 2021 и 2022 годов, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФП, ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

- Поправочные коэффициенты к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов для типов фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов.

- Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

-Нормативная кратность посещений в одном обращении по поводу заболевания и коэффициенты стоимости (относительные, поправочные) амбулаторных посещений с профилактической и иными целями и обращений по поводу заболеваний по каждой врачебной специальности.

-Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

-Классификатор клинико-статистических групп (КСГ) для круглосуточного стационара (364 группы).

-Схема лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые разных уровней (1-13), в условиях круглосуточного стационара.

-МНН лекарственных препаратов в сочетании с лучевой терапией, проводимой в условиях круглосуточного стационара.

-Классификатор клинико-статистических групп (КСГ) для дневного стационара (153 группы).

-Схема лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые разных уровней (1-13), в условиях дневного стационара.

-МНН лекарственных препаратов в сочетании с лучевой терапией, проводимой в условиях дневного стационара.

-Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ.

- Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, используемый при оплате первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по дифференцированным подушевым нормативам.

 В адрес Комиссии поступило обращение от ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по Пензенской области» (исх. от 16.12.2019 №22/1707) об установлении в Тарифном соглашении тарифов на отдельные медицинские услуги, без приложения перечня услуг.

 В проекте Тарифного соглашения на 2020 год предусмотрены единые тарифы для всех медицинских организаций, осуществляющих реализацию Территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2020 году, на отдельные диагностические услуги, перечень которых, установлен постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 №1610.

 Все остальные тарифы на отдельные медицинские услуги, предоставляемые в амбулаторных условиях, исключены из проекта Тарифного соглашения на 2020 год по причине изменения в 2020 году на федеральном уровне порядка оплаты медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях.

 На заседании Комиссии поступили предложения от членов Комиссии:

- согласовать представленный рабочей группой проект Тарифного соглашения на 2020 год;

- принять к сведению обращение ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по Пензенской области» (исх. от 16.12.2019 №22/1707).

**По вопросу 1 на голосование ставится вопрос:**

О согласовании проекта Тарифного соглашения о стоимости медицинской помощи, предоставляемой по Территориальной программе ОМС Пензенской области в 2020 году (с приложениями), в редакции, представленный Рабочей группой, состав которой утвержден решением Комиссии от 13.06.2019 (Протокол №9 пункт 1.3), согласно приложению №1 к настоящему Протоколу.

**Голосовали по вопросу 1.: за 14 человек, против – 0.**

**Решение по вопросу 1:**

Согласовать проект Тарифного соглашения о стоимости медицинской помощи, предоставляемой по Территориальной программе ОМС Пензенской области в 2020 году (с приложениями), в редакции, представленный Рабочей группой, состав которой утвержден решением Комиссии от 13.06.2019 (Протокол №9 пункт 1.3), согласно приложению №1 к настоящему Протоколу.

Министр здравоохранения

Пензенской области (председатель Комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/А.В. Никишин

Заместитель Министра здравоохранения

Пензенской области (сопредседатель Комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/О.В. Чижова

Начальник отдела государственных гарантий ОМС

и целевых программ Министерства здравоохранения

Пензенской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ О.А. Евдокимова

Директор Территориального фонда обязательного

медицинского страхования Пензенской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Е.А.Аксенова

Начальник Управления по формированию и финансированию

территориальной программы обязательного медицинского

страхования Территориального фонда обязательного медицинского

страхования Пензенской области (секретарь Комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.В. Жучкова

Начальник отдела экономического обоснования,

формирования и анализа территориальной программы

обязательного медицинского страхования

Территориального фонда обязательного медицинского

страхования Пензенской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Л.В. Савинова

Исполняющий обязанности директора

филиала АО «МАКС-М» в г. Пензе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Д.А. Гагаринский

Директор филиала ООО «Капитал Медицинское

Страхование» в Пензенской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ В.А. Ковалев

Заместитель директора филиала ООО «Капитал

Медицинское Страхование» в Пензенской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ И.А. Грешникова

Главный врач государственного бюджетного

учреждения здравоохранения «Клиническая

больница № 6 им. Г.А. Захарьина» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Д.Ю. Зиновьев

Главный врач государственного бюджетного

учреждения здравоохранения «Пензенская областная

клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ В.В. Космачев

Главный врач частного учреждения здравоохранения

«Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Пенза» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Н.А. Герцог

Председатель Пензенской областной организации профсоюза

работников здравоохранения Российской Федерации *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* Г.А. Попадюк

Член комитета Пензенской областной организации

профсоюза работников здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Ю.Ф. Чепурнов

Специалист аппарата Пензенской областной организации

профсоюза работников здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Д.В. Антонов

Член региональной общественной организации по защите прав и

законных интересов медицинских и фармацевтических работников

«Врачебная палата» Пензенской области, главный врач

ГБУЗ «Колышлейская районная больница» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ В.А. Аббакумов

Член региональной общественной организации по защите прав и

законных интересов медицинских и фармацевтических работников

«Врачебная палата» Пензенской области, главный врач

ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая

больница им. Н.Ф. Филатова» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ М.С. Баженов

Член региональной общественной организации по защите прав и

законных интересов медицинских и фармацевтических работников

«Врачебная палата» Пензенской области, главный врач

ГБУЗ «Каменская межрайонная больница» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ А.В. Галкин