

# ПРОТОКОЛ

заседания Комиссии по разработке территориальной программы  
обязательного медицинского страхования  
г. Вологда

15.12.2017 года

№ 16

## Председатель

Начальник департамента  
здравоохранения Вологодской области

И.Н. Маклаков

## Секретарь

Директор ТФОМС Вологодской области

И.Б. Симкина

## Присутствовали:

### Члены Комиссии

Председатель Вологодской областной организации  
Профсоюза работников здравоохранения Российской  
Федерации

Т.П. Быкова

Директор Вологодского филиала  
АО «Страховая компания «СОГАЗ-МЕД»

А.В. Костарев

Главный врач БУЗ ВО «Вологодская  
областная инфекционная больница»

Л.В. Розин

Заместитель главного врача по организационно-  
методической работе БУЗ ВО «Вологодская городская  
поликлиника №3», президент Вологодской областной  
общественной организации «Ассоциация врачей»

Н.В. Соколов

### Приглашенные

Заместитель директора по экономическим  
вопросам ТФОМС Вологодской области

Е.А. Дубинина

Заместитель директора по медицинским  
вопросам ТФОМС Вологодской области

Е.А. Сиротин

Начальник управления организации  
медицинской помощи и профилактики  
департамента здравоохранения

С.В. Пчелинцева

Заместитель начальника  
планово-экономического управления  
департамента здравоохранения

С.В. Ковригина

Начальник отдела организации обязательного  
медицинского страхования

Е.А. Гагарова

Начальник отдела экономического анализа и тарифов  
ТФОМС Вологодской области

И.В. Капустина

---

## Повестка

1. Установление плановых заданий на 2018 год по медицинской помощи для медицинских организаций и страховых медицинских организаций, в том числе:
  - по специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара;
  - по высокотехнологичной медицинской помощи;
  - по медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара;

- по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
  - по стоматологической медицинской помощи,
  - по скорой медицинской помощи, (докладчик ДЗО).
2. Внесение изменений в «Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2017 год», (докладчик ТФОМС).
3. Согласование «Тарифного соглашения по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на 2018 год», (докладчик ТФОМС).
- 

По первому вопросу  
СЛУШАЛИ:

Пчелинцева С.В. доложила присутствующим об установлении плановых заданий на 2018 год.

В реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Вологодской области, на 2018 год включена одна страховая медицинская организация: Вологодский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед». В соответствии с этим предлагается установить плановые задания на 2018 год по медицинской помощи для Вологодского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»:

- по специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, в разрезе профилей медицинской помощи в соответствии с приложением 1 к вопросу 1;

- по высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, в разрезе групп ВМП в соответствии с приложением 2 к вопросу 1;

- по медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и ЭКО, в разрезе профилей медицинской помощи в соответствии с приложением 3 к вопросу 1;

- по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в разрезе профилей специалистов в соответствии с приложением 4 к вопросу 1;

- обследование методом магнитно-резонансной томографии в соответствии с приложением 4.1 к вопросу 1;

- обследование методом компьютерной томографии в соответствии с приложением 4.2 к вопросу 1;

- по стоматологической медицинской помощи в разрезе профилей специалистов в соответствии с приложением 5 к вопросу 1;

- по скорой медицинской помощи, в том числе с проведением тромболитика, в соответствии с приложением 6 к вопросу 1.

Не установлены плановые задания на 2018 год следующим медицинским организациям:

- ООО «Компания «Бодрость» - в части амбулаторно-поликлинической помощи;

- ООО «МРТ-Диагностика» - в части МРТ исследований;

- ООО «Вологодская неотложка» - в части скорой медицинской помощи;

ФГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Вологодской области» - в части лабораторной диагностики;

ООО «Дистанционная медицина», г.Москва – в части мониторинга АД;

ООО «Бальнеоклиника» - в части медицинской помощи в условиях дневного стационара.

**РЕШИЛИ:**

Установить плановые задания по высокотехнологичной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, стоматологической медицинской помощи и скорой медицинской помощи на 2018 год в представленной редакции.

---

По второму вопросу

**СЛУШАЛИ:**

Симкина И.Б. доложила присутствующим о том, что в «Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2017 год», предлагается внести следующие изменения:

1. Изменения в Тарифное соглашение вносятся по результатам проверки соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и использования средств обязательного медицинского страхования Государственным учреждением Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Вологодской области в 2016 году и за 9 месяцев 2017 года, проведенной Комиссией Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

1.1. Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи:

- пункт 2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях дополняется абзацем следующего содержания: «- 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»;

- пункт 3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара дополняется абзацем следующего содержания: «- 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».

Вышеуказанные способы оплаты предусмотрены «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 г. № 1403, и «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», утвержденной постановлением ЗСО от 25.01.2017 г. № 15.

1.2. Замечание Комиссии: «Пунктом 3 подраздела II.1 раздела II установлено, что оплата амбулаторно-поликлинической помощи медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу, осуществляется с учетом показателей результативности деятельности (выполнение объемных показателей и показателей оценки качества медицинской помощи).

Однако, фактически при расчете суммы финансирования медицинских организаций оценивается только исполнение объемов амбулаторно-поликлинической помощи, в результате чего проводится корректировка (уменьшение) финансового плана учреждения. Оценка качества оказания медицинской помощи не осуществляется, «Рекомендуемый перечень показателей деятельности медицинской организации», установленный Приложением 3 используется в целях мониторинга».

С целью исправления данного замечания:

- в Разделе II. «Способы оплаты медицинской помощи» из пункта 1 «-при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях: - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций» исключаются слова «с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций»;

- в Разделе II.1 «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» пункт 3 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций» излагается в новой редакции: «Показатели выполнения объема медицинской помощи по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу.»;

- в пункте 3 исключаются абзацы: «Оплата по амбулаторно-поликлинической помощи медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу осуществляется с учетом показателей результативности», «В целях мониторинга показателей результативности деятельности медицинских организации, применяется «Рекомендуемый перечень показателей деятельности медицинской организации» (Приложение 3)»;

- исключается Приложение 3 «Рекомендуемый перечень показателей деятельности медицинской организации».

1.3. В раздел II.1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях: пункт 2) Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому принципу дополнить абзацами следующего содержания:

«Порядок группировки медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, рассчитанного по каждой медицинской организации.

На основе коэффициентов, учитывающих расходы на лабораторные исследования, оказываемые медицинскими организациями централизованно, на содержание фельдшерско-акушерских пунктов, на содержание травматологического пункта, на содержание службы ДШО, половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива и коэффициентов дифференциации, действующих на территории Вологодской области рассчитывается интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования по медицинским организациям. Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы медицинских организаций.»

Приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 г. № 200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» не предусматривается включение в него «Порядка группировки медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц» (далее – порядок группировки).

Порядок группировки определен «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», доведенными совместным письмом Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС 22 декабря 2016 года № 11-8/10/2-8266 и 12578/26/и (далее - Методические рекомендации).

1.4. Из подраздела II.3. «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара» исключить пункт б) Порядок работы дневного стационара.

Порядок работы дневного стационара, не является предметом Тарифного соглашения и относится к вопросам организации оказания медицинской помощи, находящимся в компетенции органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.

1.5. В раздел II.4. «Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации» дополнить пунктом 4) следующего содержания:

«Порядок группировки медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, рассчитанного по каждой медицинской организации.

На основе половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива и коэффициентов дифференциации, действующих на территории Вологодской области рассчитывается интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования по медицинским организациям. Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим

расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы медицинских организаций».

Приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 г. № 200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» не предусматривается включение в него «Порядка группировки медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц» (далее – порядок группировки).

Порядок группировки определен «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», доведенными совместным письмом Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС 22 декабря 2016 года № 11-8/10/2-8266 и 12578/26/и (далее - Методические рекомендации).

1.6. В Разделе III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, пункте 4) По медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, подпункт 4.3) Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ с 1 января 2017 года, с учетом среднего поправочного коэффициента (СПК), - 19 352,97 руб. дополнить:

- словами следующего содержания: «с учетом коэффициента дифференциации для Вологодской области 1,112»;

- абзацами следующего содержания: «- 19 074,51 рублей с учетом коэффициента дифференциации 1,096 для медицинских организаций г. Вологды и районов Вологодской области»; «-20 118,74 рублей с учетом коэффициента дифференциации 1,156 для медицинских организаций г. Череповец».

Размеры средней стоимости указаны в Приложениях к Тарифному соглашению.

Внесение данных абзацев является формальным изменением.

1.7. В Разделе III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, пункте 5) По медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, подпункт 5.3) Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ с 1 января 2017 года, с учетом среднего поправочного коэффициента (СПК), - 10 182,70 руб. дополнить:

- словами следующего содержания: «с учетом коэффициента дифференциации для Вологодской области 1,112»;

- абзацами следующего содержания: «- 10 036,19 рублей с учетом коэффициента дифференциации 1,096 для медицинских организаций г. Вологды и районов Вологодской области»; «-10 585,61 рублей с учетом коэффициента дифференциации 1,156 для медицинских организаций г. Череповец».

Размеры средней стоимости указаны в Приложениях к Тарифному соглашению.

1.8. Из раздела 7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи исключить слова «а так же сверх базовой программы обязательного медицинского страхования».

1.9. Из приложения 21 «Тарифы, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения» исключаются тарифы по КСГ установленные в размере 50% при

наличии хирургической операции. Приводим в соответствие Методическим рекомендациям и подпункту 2 подраздела II.2 Раздела II Тарифного соглашения на 2017 год.

2. По обращению АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» от 07.12.2017 г. № ГМф-53-03/5645 с целью недопущения превышения средств направляемых на окончательный расчет за декабрь 2017 года в январе 2018, над суммой средств, подлежащей оплате по результатам квартального анализа выполнения плановых заданий по посещениям с профилактической и иной целью и обращениям в связи с заболеваниями медицинскими организациями, финансируемыми по подушевым нормативам в Разделе V «Заключительные положения» первый абзац пункта 5.6. излагается в новой редакции:

«Расчет суммы квартальной корректировки (уменьшения) финансового плана медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу, страховыми медицинскими организациями осуществляется в срок до 20 числа месяца, следующим за отчетным кварталом. Квартальная корректировка (уменьшение) финансового плана медицинских организаций страховыми медицинскими организациями за I, II и III кварталы осуществляется в срок до 20 числа второго месяца, следующим за отчетным кварталом; за IV квартал – до 20 числа месяца, следующим за отчетным кварталом, с последующей корректировкой до 20 февраля года, следующего за отчетным, с учетом счетов, выставленных по позициям, ранее отклоненным от оплаты».

3. На основании письма – уведомления от 13.11.2017 № 76/17ЦИЭР в приложении 7 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара:» строка «65. ООО «Центр инновационной эмбриологии и репродуктологии», г.Санкт-Петербург.» излагается в новой редакции «65. ООО «Центр инновационной эмбриологии и репродуктологии «ЭмбриЛайф».

#### **РЕШИЛИ:**

Согласовать внесение изменений в «Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2017 год».

---

По третьему вопросу

#### **СЛУШАЛИ:**

Симкина И.Б. доложила присутствующим по «Тарифному соглашению по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2018 год».

Задания Рабочей группе при Комиссии по разработке ТП ОМС:

1. Разработать «Показатели результативности деятельности медицинских организаций» с учетом «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», доведенных совместным письмом Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС от 21.11.2017 г. №11-7/10/2-8080; 13572/26-2/и (далее – Методические рекомендации). Срок исполнения январь – февраль 2018 года, ответственный – департамент здравоохранения Вологодской области.

2. Раздел II. 5. «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара» Тарифного соглашения.

По итогам работы за 1 квартал 2018 года разработать показатели выполнения объема медицинской помощи по видам и условиям оказания:

- по амбулаторно-поликлинической по подушевому нормативу;
- по медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях;
- по медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Срок исполнения май 2018 года.

3. Дать разъяснения медицинским организациям по проведению и оплате стоимости лабораторных исследований.

Раздел II. 1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях Тарифного соглашения.

«Стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ или КПГ.

При отсутствии в медицинской организации возможности проведения лабораторных исследований, между медицинскими организациями осуществляются расчеты через страховые медицинские организации по единым установленным тарифам.

Медицинской организацией, которая выполнила исследования, составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждое выполненное лабораторное исследование с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату лабораторных услуг, оказанных медицинскими организациями, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, перечисленной медицинской организации за выполнение лабораторных исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией».

3.1. Рассмотреть целесообразность исключения из подушевого норматива финансирования БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1» лабораторных исследований, проводимых медицинским организациям г. Вологды централизованно.

Срок исполнения – январь – февраль 2018 года.

3. По итогам работы за 1 квартал 2018 года провести анализ фактических затрат медицинских организаций по прерванным случаям лечения более 3-х дней и их оплате по КСГ.

Раздел II. 2. «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» норма:

«Оплата прерванных случаев более 3-х дней, производится по стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ, с учетом коэффициента сложности, определяемого в зависимости от фактически проведенных койко-дней и коэффициента сложности - «Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии

медицинских показаний. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается также в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10)».

**РЕШИЛИ:**

1. Согласовать «Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2018 год».

2. Рабочей группе при Комиссии по разработке ТП ОМС:

2.1 Разработать «Показатели результативности деятельности медицинских организаций» с учетом «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», доведенных совместным письмом Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС от 21.11.2017 г. №11-7/10/2-8080; 13572/26-2/и (далее – Методические рекомендации). Срок исполнения январь – февраль 2018 года, ответственный – департамент здравоохранения Вологодской области.

2.2 По итогам работы за 1 квартал 2018 года разработать показатели выполнения объема медицинской помощи по видам и условиям оказания:

- по амбулаторно-поликлинической по подушевому нормативу;
- по медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях;
- по медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Срок исполнения май 2018 года.

2.3 Дать разъяснения медицинским организациям по проведению и оплате стоимости лабораторных исследований. Рассмотреть целесообразность включения в подушевой норматив финансирования БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1» лабораторных исследований, проводимых медицинским организациям г. Вологды централизованно.

Срок исполнения – январь – февраль 2018 года.

2.4 По итогам работы за 1 квартал 2018 года провести анализ фактических затрат медицинских организаций по прерванным случаям лечения более 3-х дней и их оплате по КСГ.

---

Председатель Комиссии

И.Н. Маклаков

Секретарь Комиссии

И.Б. Симкина

Члены Комиссии:

Т.П. Быкова

А.В. Костарев

Н.В. Соколов

Л.В. Розин