

Основные понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении

1. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:

- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с ТП ОМС, их структуру и порядок применения;
- сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, установленных ТП ОМС;
- перечень обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

2. Основные понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении:

Уровень организации медицинской помощи – технологический уровень оказания медицинской помощи (лечение одного и того же заболевания с применением медицинских технологий разной сложности), определённый исходя из возможностей и особенностей региональной сети медицинских организаций.

Тарифы в сфере обязательного медицинского страхования (далее – тарифы) – стоимость единицы объёма медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС.

Случай госпитализации в круглосуточном стационаре (случай лечения в дневном стационаре) – случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объёма медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов). Клинико-статистические группы не применяются врачами-экспертами страховых медицинских организаций в качестве клинических рекомендаций для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с учетом коэффициента приведения.

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый методическими рекомендациями коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке.

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах, в случае если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

Поправочные коэффициенты – коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

Коэффициент специфики – поправочный коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

Коэффициент уровня медицинской организации – поправочный коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня медицинской организации – поправочный коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленные объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов – коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

Отчетный период (месяц) – календарный месяц оказания медицинской помощи, в том числе завершения ранее начатой.

Единый регистр застрахованных лиц – территориально распределенный информационный ресурс, являющийся совокупностью региональных сегментов единого регистра застрахованных лиц.

Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц – информационный ресурс, содержащий персонифицированные сведения о лицах, застрахованных в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре по ОМС.

Регистр прикрепленных лиц – информационный ресурс, содержащий сведения о застрахованных лицах, реализовавших право выбора медицинской организации, в соответствии с порядком, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Реестр медицинской помощи (далее – реестр счетов) – информационный ресурс, содержащий сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Фактические объёмы предоставления медицинской помощи – объем (количество) фактически оказанных единиц объема медицинской помощи: медицинских услуг, посещений, обращений, вызовов скорой медицинской помощи, случаев госпитализации, комплексных посещений (диспансеризация, профосмотры, диспансерное наблюдение), включенных в реестр оказанной медицинской помощи.

Фактические объёмы финансирования медицинской помощи – фактическая стоимость медицинской помощи на основе данных о фактически оказанной медицинской помощи согласно реестрам счетов.

Расчетные объёмы финансирования медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу – размер финансового обеспечения медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, определённый исходя из значения дифференцированного подушевого норматива финансирования данного вида медицинской помощи.

Внешние медицинские услуги – консультации врачей-специалистов, профилактические, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным лицам, не прикрепленным к МО-исполнителю.

Посещение – контакт пациента с врачом или средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием и наделенным функциями лечащего врача в установленном порядке, по поводу страхового случая, включающий комплекс необходимых медицинских услуг с последующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Обращение по заболеванию в амбулаторных условиях – это случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, включающий совокупность посещений, в том числе активно на дому, и медицинских манипуляций с диагностической и лечебной целью, по поводу одного заболевания, а также одно посещение в случае направления пациента в иную МО для оказания специализированной или диагностической помощи, либо прерванное лечение по

инициативе пациента, если результат лечения не достигнут, без учёта посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи.

Законченный случай обращения в поликлинику – объём профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий по поводу заболевания, при обращении с профилактической целью, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар, наступает иной исход или выносится заключение о состоянии здоровья и (или) о мерах, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Дистанционная консультация при инфекционном заболевании - консультация дистанционным способом, в том числе с применением телемедицинских технологий, аудиозвонка или видеозвонка при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) пациентам с диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, пациентам с признаками или подтвержденным диагнозом ОРВИ или гриппа. Допуск лиц к оказанию дистанционных консультаций организуется в соответствии с приказами Минздрава России и Депздра Югры.

Законченный случай лечения в стационаре, дневном стационаре – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи по основному заболеванию, а также по сопутствующей патологии, требующей коррекции в период стационарного лечения или лечения в дневном стационаре, предоставленных пациенту в стационаре или в дневном стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписки, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтверждённого первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

Подушевое финансирование скорой медицинской помощи (за исключением скорой специализированной медицинской помощи) – порядок финансирования скорой медицинской помощи на основе подушевого норматива.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – объём финансирования МО, оказывающей скорую медицинскую помощь, рассчитанный на одну единицу обслуживаемого МО населения (на одного жителя) в соответствии с зональным принципом, утвержденным приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением средств на финансовое обеспечение углубленной диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, профилактических осмотров несовершеннолетних, диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации пребывающих в

стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, диспансерного наблюдения, стоматологической медицинской помощи, посещений при оказании неотложной медицинской помощи, отдельных лабораторных и диагностических услуг, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов) – объём средств, определённый исходя из стоимости амбулаторной медицинской помощи по ТП ОМС и необходимый на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчёте на одного прикрепленного застрахованного гражданина Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации в месяц.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям (за исключением средств на финансовое обеспечение углубленной диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, профилактических осмотров несовершеннолетних, диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, диспансерного наблюдения, стоматологической медицинской помощи, отдельных лабораторных и диагностических услуг, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов) – объём средств, определённый исходя из стоимости медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления по ТП ОМС и необходимый на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи в расчёте на одного прикрепленного застрахованного гражданина Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, получающего медицинскую помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации в месяц.

Прикрепленное население – застрахованные на территории автономного округа граждане, прикрепленные к медицинской организации в соответствии с порядком взаимодействия сторон при осуществлении прикрепления застрахованных лиц, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

Неприкрепленное население – застрахованные на территории автономного округа граждане, прикрепленные к другим медицинским организациям или не прикрепленные ни к одной из медицинских организаций на территории автономного округа.

Плановые объёмы предоставления медицинской помощи – установленное Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) количество единиц объёма медицинской помощи, сформированное на основании средних нормативов объёма медицинской помощи, установленных ТП ОМС, с учётом особенностей половозрастного состава, уровня и

структуры заболеваемости населения автономного округа, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории автономного округа.

Плановые объёмы финансирования медицинской помощи – установленные Комиссией суммы на финансовое обеспечение медицинской помощи, соответствующие плановым объёмам предоставления медицинской помощи, с учетом средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС.

Форматно-логический контроль (далее – ФЛК) – проводимая ТФОМС Югры автоматизированная обработка файлов, содержащих информацию о застрахованных лицах, оказанной медицинской помощи и результатах контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи на соответствие, утверждённому формату, региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования автономного округа.

КП зубов – сумма кариозных и пломбированных временных зубов.

КПУ зубов – сумма кариозных, пломбированных и удаленных постоянных зубов у обследуемого (зуб, имеющий одновременно кариозную полость и пломбу, считается кариозным).

Стоматологическая медицинская помощь – медицинская помощь, направленная на профилактику, своевременную диагностику и лечение больных с заболеваниями челюстно-лицевой области.

Первичный прием в стоматологии – первое посещение в календарном году пациентом специалиста стоматологического профиля (за исключением врача-ортодонта) в одной медицинской организации.

Повторный прием в стоматологии – каждое последующее посещение в календарном году пациентом специалиста стоматологического профиля в одной медицинской организации.

Прием по диспансерному наблюдению в стоматологии – посещение врача-специалиста стоматологического профиля с целью динамического наблюдения за ранее пролеченным стоматологическим заболеванием.

Случай в стоматологии – лечение у пациента стоматологических заболеваний, начавшийся от даты первичного или повторного приема врача-специалиста стоматологического и содержащий один или несколько приемов, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченный исходом «Выздоровление», «Улучшение», «Ремиссия», «Без перемен», «Лечение прервано по инициативе пациента»

Законченный случай в стоматологии – случай, начавшийся от даты первичного приема врача-специалиста стоматологического профиля в календарном году (за исключением врача-ортодонта) и содержащий один или несколько приемов, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченный исходом «Выздоровление».

Исход «Выздоровление» идентичен стоматологическим исходам:

Здоров – пациент, имеющий кп, кп+КПУ, КПУ, равный нулю и не нуждающийся в лечении.

Ранее санирован – пациент, имеющий кп, кп+КПУ, КПУ, более 0 и не нуждающийся в лечении.

Санирован – пациент, завершивший терапевтическое и хирургическое лечение твердых тканей зубов.

В один календарный год пациент может иметь только один из трех стоматологических исходов (или здоров, или ранее санирован, или санирован) в одной медицинской организации.

Незаконченный случай в стоматологии – случай, начавшийся от даты первичного или повторного приема врача-специалиста стоматологического профиля и содержащий один или несколько приемов, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченный исходом «Лечение прервано по инициативе пациента».

Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание медицинской помощи у специалистов стоматологического профиля и равный 10 минутам.»

Простая медицинская услуга (далее – ПМУ) – элементарная, неделимая услуга, выполняемая по формуле «пациент» + «специалист» = «1 элемент профилактики, диагностики или лечения».

Сложная медицинская услуга (далее – СМУ) – это набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения по формуле «пациент» + «простые + сложные услуги» = «проведение профилактики, установление диагноза или окончания проведения определенного этапа лечения».

Группа диагностических услуг (далее – ГДУ) – группа диагностических услуг сходных по технологии исполнения и методам диагностики.

Направление на обследование, консультацию, восстановительное лечение, госпитализацию – документ, оформленный медицинской организацией-заказчиком и выданный застрахованному лицу с целью получения услуг в медицинской организации – исполнителе, подлежащий строгой отчетности для осуществления учета объема заказанных медицинских услуг.

Все иные термины и определения используются настоящим Тарифным соглашением в том значении, в котором они определены нормативными правовыми актами, регулирующими сферы охраны здоровья и обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации.

Подписи сторон:

Директор
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.А. Добровольский

Первый заместитель директора
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



В.А. Смирнов

Директор
Филиала ООО «Капитал МС»
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре



И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



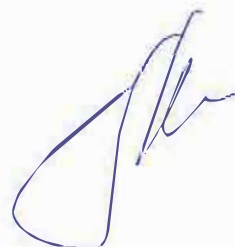
О.А. Томин

Член Ассоциации работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры



Е.Н. Иванникова

Председатель
Региональной организации Профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



О.Г. Меньшикова