ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
об оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Ростовской области

25 декабря 2019 года г. Ростов-на-Дону

Участники Тарифного соглашения – Правительство Ростовской области в лице заместителя Губернатора Ростовской области С.Б. Бондарева, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области в лице директора фонда А.В. Решетникова, страховые медицинские организации: в лице директора Филиала ООО «Капитал Медицинское страхование» в Ростовской области Д.В. Альперовича, директора ООО Медицинское страховое общество «Панацея» В.В. Эстрина, медицинские профессиональные некоммерческие организации, представляемые Ростовской областной общественной организацией «Врачебная палата» в лице председателя Т.А. Кондратенко, Ростовская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя О.С. Борцова, на основании протокола от 25.12.2019 Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, образованной распоряжением Правительства Ростовской области от 30.12.2011 №332 (в ред. от 21.11.2019 г. № 824), пришли к соглашению о нижеследующем

1. Общие положения.

1.1. Настоящее Тарифное соглашение заключено на основании части 2 статьи 30 Федерального Закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон) в соответствии с главами IX, XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н (зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 № 54643) и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 №247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (зарегистрировано в Минюсте России 25.12.2018 №53153) в целях обеспечения на территории Ростовской области гарантий бесплатного оказания застрахованным гражданам медицинской помощи в рамках базовой и территориальной

программ обязательного медицинского страхования и обеспечения устойчивости финансирования обязательного медицинского страхования».

1.2. Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Ростовской области, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативно-правовыми и иными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, законодательством и постановлениями Правительства Ростовской области, нормативными документами Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области, настоящим Тарифным соглашением, решениями Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1.3. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление размеров и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Ростовской области, порядка и условий их применения.

1.4. Тарифы, порядок и условия их применения, установленные настоящим Тарифным соглашением, применяются для расчетов с медицинскими организациями за помощь, оказанную лицам, застрахованным на территории Ростовской области в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Ростовской области, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

1.5. Нормы и условия Тарифного соглашения распространяются на всех участников ОМС при выполнении территориальной программы ОМС.

1.6. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные термины и определения:

Медицинская организация (далее - МО) - юридическое лицо любой организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере

обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица - граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федерального закона от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 №4528-1 «О беженцах».

«Прикрепленные» граждане - застрахованные лица, принятые на медицинское обслуживание в выбранную в установленном порядке медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, включенные в сформированные именные списки.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающий в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. Перечень методов ВМП, оплата которых осуществляется из средств ОМС, устанавливается Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Объем финансовых поступлений по ОМС - финансовые средства, полученные медицинской организацией за оказанную медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС по соответствующим тарифам на основании заключенных со страховыми медицинскими

организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

«Объемными» называются способы оплаты медицинской помощи, при которых объем финансовых средств, полученный медицинской организацией, зависит от количества оказанных застрахованным лицам медицинских услуг и тарифов ОМС, согласованных в установленном порядке.

«Подушевыми» называются способы оплаты медицинской помощи, при которых объем финансовых средств, полученный медицинской организацией, зависит от численности и половозрастной структуры «прикрепленных» к медицинской организации граждан и размера «подушевого» тарифа ОМС.

«Подушевое» финансирование - способ оплаты медицинской помощи, оказываемой амбулаторно и вне медицинской организации (скорая медицинская помощь), при котором, объем финансовых поступлений зависит от численности населения, прикрепленного к медицинской организации.

Нормативные затраты медицинской организации - затраты, определяемые на основе нормативных и распорядительных документов федерального уровня (в том числе носящих рекомендательный характер), регламентирующих структуру медицинских организаций (подразделений), их штатную численность, использование материальных запасов (затраты на медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь, приобретение расходных материалов для оргтехники, другие материальные запасы), полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским инструментарием, мягким инвентарем, изделиями медицинского назначения для оказания данного вида медицинской помощи (по профилю), нормами лечебного и профилактического питания.

Трехуровневая система оказания медицинской помощи - система организации медицинской помощи в целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающая в себя:

Первый уровень: медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих населению в

пределах муниципального образования (внутригородского округа): первичную медико-санитарную помощь; и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь; и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь; и (или) паллиативную медицинскую помощь;

Второй уровень: медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие, в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры;

Третий уровень: медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Тарифы на медицинскую помощь (медицинские услуги) в системе ОМС (далее - тарифы) являются денежными суммами, обеспечивающими возмещение расходов медицинских организаций по выполнению Программы ОМС в пределах согласованных объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи, предусмотренного бюджетом ТФОМС.

2.Применяемые способы оплаты медицинской помощи

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования, утвержденной в составе территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии со статьей 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Ростовской области, являются едиными для всех медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Ростовской области:

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому (на выезде) при вызове медицинского работника:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов) – в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Ростовской области, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских услуг, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (оказывающих медицинскую помощь

в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу) и медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, установлен приложением 1 к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе оплаты по подушевому нормативу финансирования, установлен приложением 2.1 к Тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи по стоматологии применяется классификатор медицинских услуг по оказанию первичной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, приведенный «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», одобренными 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 направленными письмом Минздрава РФ и ФОМС от 12.12.2019 № 11-7/И/2-11779–17033/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (приложение 2.1.1 к Тарифному соглашению).

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

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.

Клинико-статистические группы сформированы в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»,

одобренными 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 направленными письмом Минздрава РФ и ФОМС от 12.12.2019 № 11-7/И/2-11779–17033/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, установлен приложением 1 к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара в Ростовской области, установлен приложением 2.2 к Тарифному соглашению.

Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в перечень методов, подлежащих финансированию из средств обязательного медицинского страхования в 2020 году осуществляется по нормативам финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи, приведенным в приложении 3.2.4 к Тарифному соглашению.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в случаях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и интенсивных методов диагностики и лечения, а также изоляции по эпидемиологическим показаниям), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

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.

Клинико-статистические группы сформированы в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской

помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», одобренными 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 направленными письмом Минздрава РФ и ФОМС от 12.12.2019 № 11-7/И/2-11779–17033/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». Оплата медицинской помощи, оказываемой в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения и в дневном стационаре, организованном в больничном учреждении в структуре круглосуточного стационара, осуществляется по единым принципам.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, установлен приложением 1 к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в Ростовской области, установлен приложением 2.3 к Тарифному соглашению.

2.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации),

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан на территории других субъектов Российской Федерации (за пределами Ростовской области), а также при оплате вызова скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой

вне медицинской организации (далее - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи) установлен приложением 1 к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты скорой медицинской помощи установлен приложением 2.4 к тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, отнесенных к тому или иному уровню (подуровню).

При дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, по группам медицинских организаций учтены объективные критерии: виды медицинской помощи, средний радиус территории обслуживания, количество фельдшерско-акушерских пунктов, уровни расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения, районные коэффициенты к заработной плате за работу в сельской местности и в местностях с особыми климатическими условиями.

При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в Ростовской области применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019

№ 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

3.2.Тарифы на отдельные медицинские услуги устанавливаются на основании ставок затрат (приложение 3.1.4 к Тарифному соглашению), коэффициентов уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (приложение 3.1.5 к Тарифному соглашению) в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

3.3. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях средний размер финансового обеспечения на одно застрахованное лицо составляет 4313,69 рубля.

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ростовской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования: при посещении с профилактической целью – 1491,82 руб., при посещении с неотложной целью – 338,08 руб., при обращении – 2483,79 руб.

2) размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, устанавливается для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу.

Размер подушевого норматива финансирования на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, оказывающей первичную амбулаторную помощь (соответственно прикреплению к терапевтическому, педиатрическому участку или к участку врача общей практики (семейного врача)), устанавливается в зависимости от принадлежности МО к той или иной группе (подгруппе). МО делятся на группы с учетом половозрастного состава прикрепленного населения:

Группировка МО наряду с иными группировочными критериями учитывает половозрастной состав прикрепленного контингента застрахованных граждан. Базовый (средний) подушевой норматив, состав групп (подгрупп) медицинских организаций, размеры подушевого норматива для каждой из групп МО и поправочные коэффициенты установлены приложениями 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3 к Тарифному соглашению.

3) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива приведены в приложении 2.1 к Тарифному соглашению.

4) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение, комплексное посещение для проведения диспансеризации отдельных категорий граждан (взрослых, детей-сирот), комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров (несовершеннолетних, взрослых), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, приведены в приложении 3.1.4 к Тарифному соглашению;

5) коэффициенты уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, приведены в приложении 3.1.5 к Тарифному соглашению.

3.4. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, тарифным соглашением устанавливаются:

- средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 5817,76 руб.

- перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, управленческими коэффициентами, и коэффициентами, применяемыми для оплаты прерванных случаев (приложение 3.2.1 к Тарифному соглашению);

- размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка), включенного в КСГ (приложение 2.2 к Тарифному соглашению);

- перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара с указанием уровня (подуровня) МО (приложение 3.2.2);

- коэффициенты (уровня (подуровня) МО) оказания медицинской помощи (приложение 3.2.3 к Тарифному соглашению);

- коэффициенты сложности лечения пациента (приложение 2.2 к Тарифному соглашению);

- порядок оплаты прерванных случаев 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 (приложение 2.2 к Тарифному соглашению);

- тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 3.2.4 к Тарифному соглашению);

- тарифы на оплату услуг диализа (приложение 3.2.5 к Тарифному соглашению).

3.5. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются:

- средний размер финансового обеспечения стационарозамещающей медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1254,87 руб.;

-перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ), с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, управленческими коэффициентами и коэффициентами, применяемыми для оплаты прерванных случаев (приложение 3.3.1 к Тарифному соглашению);

- размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара (базовая ставка), включенного в КСГ (приложение 2.3 к Тарифному соглашению);

- перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с указанием уровня (подуровня) МО (приложение 3.3.2 к Тарифному соглашению);

- коэффициенты (уровня (подуровня) МО) оказания медицинской помощи (приложение 3.3.3 к Тарифному соглашению);

- порядок оплаты прерванных случаев 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 (приложение 2.3 к Тарифному соглашению).

3.6. В части оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программой обязательного медицинского страхования Ростовской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 683,61 руб.

2) размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи приведен в приложении 3.4 к Тарифному соглашению.

3) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и приведены в приложении 2.4 к Тарифному соглашению.

4) перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь с указанием уровня (подуровня), средневзвешенных интегрированных коэффициентов и подушевых нормативов финансирования, приведен в приложении 3.4 к Тарифному соглашению.

5) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов – 2334,09 руб.

3.7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования Ростовской области на 2020 год

включает в себя в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.8. Согласно части 6 статьи 39 Закона, основанием для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, являются предоставленные медицинской организацией реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Медицинская помощь, оказываемая сверх объемов, распределенных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС и зафиксированных в договорах на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, не является медицинской помощью, оказываемой на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования, и предоставлению к оплате в реестрах счетов и счетах по обязательному медицинскому страхованию не подлежит.

3.9. Предоставление (передача) реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, их обработка и принятие к оплате осуществляются преимущественно в электронном виде с использованием средств криптографической защиты информации с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных, общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, установленных приказом

Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 №79. Регламент информационного взаимодействия при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказываемую застрахованным лицам на территории Ростовской области, утверждается территориальным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с министерством здравоохранения Ростовской области, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, профессиональными союзами медицинских работников, представленными в составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Ростовской области осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 28.02.2019 №36 (зарегистрирован в Минюсте России 18.06.2019 №54950).

Организационное взаимодействие участников обязательного медицинского страхования при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Ростовской области осуществляется согласно регламенту, утверждаемому территориальным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с министерством здравоохранения Ростовской области, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, профессиональными союзами медицинских работников, представленными составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

4.2. При осуществлении ОМС в Ростовской области обеспечивается взаимодействие систем ведомственного и вневедомственного контроля медицинской помощи, направленное на обеспечение взаимного информирования об их результатах. Результаты ведомственного контроля в форме сводных аналитических материалов (в частности, сведения органов управления здравоохранением, надзорных органов, уполномоченных (главных) специалистов министерства здравоохранения области о дефектах оказания медицинской помощи в подведомственных (поднадзорных) МО, могут передаваться СМО и являться основанием для применения к нарушителям мер экономического воздействия. Результаты контроля, проводимого СМО и ТФОМС, передаваемые в МО в форме экспертных заключений и актов экспертизы, могут служить основанием для принятия управленческих решений по повышению качества и рациональности оказания медицинской помощи. В компетенцию ТФОМС Ростовской области входит информирование органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и органов местного самоуправления о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС».

4.3. При выявлении нарушений договорных обязательств медицинской организации в отношении объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в соответствии со статьей 40 Закона, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, к медицинской организации применяются меры, предусмотренные статьей 41 Закона и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в виде неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты штрафа медицинской организацией.

Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов, устанавливаются приложением 4 к Тарифному соглашению в соответствии с пунктами 144-149 главы IX Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2020 года и действует до 31 декабря 2020 года.

5.2. Пересмотр (изменение) настоящего Тарифного соглашения, в том числе индексация тарифов осуществляется в связи с:

- изменениями Программы ОМС:

- изменением величины доходов и (или) расходов бюджета ТФОМС Ростовской области;

- изменением нормативных правовых актов Российской Федерации и Ростовской области, регламентирующих штатную численность, оплату труда работников медицинских организаций, приобретение расходных материалов, медикаментов и перевязочных средств, предметов медицинского назначения и медицинского инструментария, организацию питания, а также других расходов, финансируемых за счет средств ОМС;

- изменением оказываемых в системе ОМС видов, условий, профилей (специальностей) медицинской помощи;

- изменением структуры расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи;

- включением в систему ОМС новых медицинских организаций и их структурных подразделений, их исключением и реорганизацией;

- иными объективными обстоятельствами.

5.3. Участники Тарифного соглашения не вправе в одностороннем порядке принимать решения, изменяющие положения, утвержденные настоящим Тарифным соглашением или приводящие к увеличению расходов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, без внесения изменений в Тарифное соглашение.

5.4. Участники Тарифного соглашения уполномочивают Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования ежемесячно на основании данных, представляемых министерством здравоохранения Ростовской области и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ростовской области, анализировать исполнение Тарифного соглашения и при наличии дефицита (профицита) средств принимать решения о внесении соответствующих изменений в Тарифное соглашение.

5.5. К настоящему Тарифному соглашению прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

Приложение 1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по программе ОМС с указанием медицинских организаций, оказывающих стационарную медицинскую помощь,

медицинскую помощь в условиях дневного стационара, в амбулаторных условиях, в том числе имеющих прикрепленное население (оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу) и медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации».

Приложение 2.1 «Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях».

Приложение 2.1.1 «Классификатор медицинских услуг по оказанию первичной специализированной стоматологической помощи».

Приложение 2.2 «Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара».

Приложение 2.3 «Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара».

Приложение 2.4 «Порядок оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации».

Приложение 3.1 «Значения тарифов на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан и профилактическим медицинским осмотрам».

Приложение 3.1.1 «Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу) с указанием группы (подгруппы) МО».

Приложение 3.1.2 «Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинских организаций имеющих прикрепленное население (оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу)».

Приложение 3.1.3 «Интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива и дифференцированные подушевые нормативы финансирования, применяемые при подушевом финансировании медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу)».

Приложение 3.1.4. «Ставки затрат для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно – поликлиническую помощь».

Приложение 3.1.5 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием уровня (подуровня) медицинских организаций».

Приложение 3.1.6 «Перечень МО, оказывающих параклинические медицинских услуги, по направлению других медицинских организаций системы ОМС».

Приложение 3.1.7 «Тарифы на диагностические, в том числе лабораторные, исследования, выполняемые по направлениям медицинских организаций системы ОМС Ростовской области».

Приложение 3.1.8. «Количество и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на 2020 год».

Приложение 3.2.1 «Перечень клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и управленческих коэффициентов, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях стационара».

Приложение 3.2.2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара с указанием уровня (подуровня) МО».

Приложение 3.2.3 «Поправочные коэффициенты оплаты КСГ заболеваний, медицинская помощь при которых оказывается в условиях стационара (коэффициенты уровня (подуровня) МО)».

Приложение 3.2.4 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи».

Приложение 3.2.5 «Тарифы на оплату услуг диализа».

Приложение 3.3.1 «Перечень клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и управленческих коэффициентов, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара».

Приложение 3.3.2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с указанием уровня (подуровня) МО».

Приложение 3.3.3 «Поправочные коэффициенты оплаты КСГ заболеваний, медицинская помощь при которых оказывается в условиях дневного стационара» (коэффициенты уровня (подуровня) МО).

Приложение 3.4 «Размер норматива (тарифа) стоимости месячного обслуживания одного застрахованного, проживающего на территории ответственности соответствующей медицинской организации (подразделения) скорой медицинской помощи (подушевой тариф с половозрастными коэффициентами дифференциации)».

Приложение 4 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества».

Заместитель Губернатора
Ростовской области

С.Б. Бондарев

Директор
Территориального
фонда обязательного
медицинского
страхования
Ростовской области

А.В. Решетников

Председатель
Ростовской областной
Общественной
Организации
«Врачебная палата»

Т.А. Кондратенко

Председатель
Ростовской областной
Организации
профсоюза работников
здравоохранения

О.С. Борцов

Директор
Филиала ООО
«Капитал Медицинское
страхование» в
Ростовской области

Д.В. Альперович

Директор
ООО Медицинское
страховое общество
«Панацея»

В.В. Эстрин