

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

**об оплате медицинской помощи по обязательному
медицинскому страхованию в Ростовской области**

27 декабря 2021 года

г. Ростов-на-Дону

Участники Тарифного соглашения – Правительство Ростовской области в лице заместителя Губернатора Ростовской области С.Б. Бондарева, министра здравоохранения Ростовской области Ю. В. Кобзева, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области в лице директора фонда М.О. Григорьева, страховые медицинские организации: в лице директора Филиала ООО «Капитал Медицинское страхование» в Ростовской области Д.В. Альперовича, директора Ростовского филиала АО «МАКС-М» М.С. Барашова, медицинские профессиональные некоммерческие организации, представляемые Ростовской областной общественной организацией «Врачебная палата» в лице членов палаты Д.В. Бурцева, С.Г. Пискуновой, Ростовская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя О.С. Борцова, на основании протокола от 27.12.2021 Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, образованной распоряжением Правительства Ростовской области от 30.12.2011 № 332 (в ред. от 31.08.2021 № 689), 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 действующей редакции, в соответствии с главами IX, XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об

утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»(далее – Требования)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. Тарифы на оплату медицинской помощи включают в себя нормативные затраты медицинской организации.

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, оказывающие 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;

Второй уровень: медицинские организации, оказывающие, первичную медико-санитарную и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры;

Третий уровень: медицинские организации (структурные подразделения), 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. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Ростовской области.

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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи, 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, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, 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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами с учетом критериев соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н с изменениями и дополнениями).

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 оказания первичной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, приведенный «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными письмом Минздрава РФ и ФФОМС № 11-7/и/2-20621, № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020 (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 клинко-статистические группы);

- за медицинскую услугу (при оплате услуг диализа);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий

оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трёх дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе государственных гарантий;

Клинико-статистические группы сформированы в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными письмом Минздрава РФ и ФФОМС № 11-7/и/2-20691, № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020 и Примерным перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и условиях дневного стационара (приложение №3 к Программе государственных гарантий государственного бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов).

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 2022 году осуществляется по

нормативам финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи, приведенным в приложении 3.2.4к 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 в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трёх дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе государственных гарантий;

Клинико-статистические группы сформированы в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными письмом Минздрава РФ и ФФОМС № 11-7/и/2-20691, № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020 и Примерным перечнем

заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и условиях дневного стационара (приложение №3 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов).

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. Тарифы на оплату медицинской помощи.

Размер и структура тарифа 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 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 (в редакции от 22.11.2021) «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» в действующей редакции.

3.2. Тарифы на отдельные медицинские услуги, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, 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). Тарифы на различные виды диагностических, в том числе лабораторных исследований, устанавливаются на основе номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»(приложение 3.1.7 к Тарифному соглашению).

3.3. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях устанавливаются:

- размер среднего подушевого норматива финансирования на одно застрахованное лицо составляет 5 256,76 рубля (при посещении с профилактическими и иными целями – 1 990,76руб., при посещении с неотложной целью – 381,15руб., при обращении – 2 831,88руб., при обращении по профилю «Медицинская реабилитация» - 52,97 руб.);

- значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу (установлено приложением 3.1.2);

- дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу;

- перечень медицинских организаций с указанием значений дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи медицинскими организациями, коэффициентов уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) и коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на их содержание и оплату труда персонала, приведены в приложении 3.1.1;

- половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива приведены в приложении 2.1 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 – 5 950,95 руб.

- перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, коэффициентов специфики, и коэффициентов, применяемых 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) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (приложение 3.2.3 к Тарифному соглашению);

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

порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трёх дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе государственных гарантий (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).

- доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню отдельных групп заболеваний (приложение 3.2.8 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 – 1 543,76 руб.;

- перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ), с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости КСГ, коэффициентов специфики и коэффициентов, применяемых 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) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (приложение 3.3.3 к Тарифному соглашению);

- порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с

проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трёх дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе государственных гарантий (приложение 2.3 к Тарифному соглашению);

- доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню отдельных групп заболеваний (приложение 3.2.8 к Тарифному соглашению).

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

- размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, 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 – 819,95 руб.

- значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу (приложение 3.4);

- значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования (приложение 3.4);

- размер базового норматива финансирования затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, с указанием коэффициентов к базовому нормативу, применяемых для определения тарифов на вызов скорой медицинской помощи при осуществлении

межтерриториальных расчетов и при проведении тромболизиса (приведены в приложении 2.4);

- перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, с указанием уровня (подуровня), значения коэффициента специфики и дифференцированного подушевого норматива финансирования (приложение 3.4).

3.7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования Ростовской области на 2022 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, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Соглашением, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

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 штрафов
за не оказание, несвоевременное оказание либо оказание
медицинской помощи ненадлежащего качества.**

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам на территории Ростовской области осуществляется в соответствии с Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения, утвержденным приказом Минздрава России от 19.03.2021 №231н «Об утверждении порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения».

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 в 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 проведения экспертных мероприятий и применения к нарушителям мер экономического воздействия. Результаты контроля, проводимого СМО и ТФОМС, передаваемые в МО в форме заключений, в том числе прилагаемых к ним экспертных заключений, 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 154-155 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 2022 года и действует до 31 декабря 2022 года.

5.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Ростовской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 2 и 3 настоящего Тарифного соглашения, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством РФ, высшим исполнительным органом государственной власти Ростовской области решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении

тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

5.4. 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 значений дифференцированных подушевых нормативов финансирования, рассчитанных на основе базового подушевого норматива

финансирования и коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования».

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

Приложение 3.1.3 «Количество и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов на 2022 год».

Приложение 3.1.4 «Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема её оказания, 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 медицинские 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. «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая показатели объема медицинской помощи) и критерии их оценки (включая целевые значения) при оплате амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц».

Приложение 3.1.9. «Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, за достижение целевых показателей результативности деятельности медицинской организации».

Приложение 3.2.1 «Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, коэффициентов специфики и коэффициентов, применяемых для оплаты прерванных случаев 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 «Коэффициенты уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях».

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 3.2.6 «Перечень сочетанных хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации».

Приложение 3.2.7 «Перечень однотипных операций, проводимых одновременно на парных органах с применением КСЛП».

Приложение 3.2.8 «Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню отдельных групп заболеваний».

Приложение 3.3.1 «Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости КСГ, коэффициентов специфики и коэффициентов, применяемых для оплаты прерванных случаев 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 «Коэффициенты уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара».

Приложение 3.4 «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, с указанием стоимости месячного обслуживания одного застрахованного, проживающего на территории ответственности соответствующей медицинской организации (подразделения) скорой медицинской помощи (дифференцированный подушевой норматив финансирования, учитывающий коэффициент специфики оказания медицинской помощи)».

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

Министр здравоохранения Ростовской
области


Ю.В. Кобзев

Директор
Территориального
фонда обязательного
медицинского
страхования
Ростовской области


М.О. Григорьев

Директор
Филиала ООО «Капитал
Медицинское
страхование» в
Ростовской области


Д.В. Алферов

Директор
Ростовского филиала
АО «МАКС-М»


М.С. Баранов

Председатель
Ростовской областной
Организации
профсоюза работников
здравоохранения


О.С. Борцов

Член
Ростовской областной
Общественной
Организации
«Врачебная палата»


Д.В. Бурцев

Член
Ростовской областной
Общественной
Организации
«Врачебная палата»


С.Г. Пискунова