

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2020 ГОД**

г. Иваново

31 декабря 2019 года

Департамент здравоохранения Ивановской области, в лице члена Правительства Ивановской области –директора Департамента здравоохранения Ивановской области Фокина А.М., территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области, в лице директора Березиной И.Г., страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области, в лице директора филиала «Ивановский» АО «Страховая группа «Спасские ворота-М» Лихова В.Е., Ассоциация врачей Ивановской области, в лице председателя Волкова И.Е., Ивановская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ, в лице председателя Вацура Г.В., именуемые в дальнейшем «Стороны», руководствуясь статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано и заключено в соответствии с:

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»);

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

постановлением Правительства Ивановской области от 31.12.2019 № 560-п

«Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Ивановской области, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения.

1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Ивановской области от 31.12.2019 № 560-п, в части территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1.3. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТПОМС), их размер и структуру, способы оплаты медицинской помощи, 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.

1.4. Тарифное соглашение регулирует правоотношения, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования при реализации ТПОМС.

1.5. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и термины.

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в стационаре - средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оплачиваемой на основе КСГ, в расчете на одного пролеченного пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного ТПОМС (без учета поправочных коэффициентов, применяемых при оплате по КСГ).

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в дневном стационаре - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одного пролеченного пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного ТПОМС (без учета поправочных коэффициентов, применяемых при оплате по КСГ).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях - объем финансирования первичной медико-санитарной помощи по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, в расчете на одно застрахованное в Ивановской области лицо.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи - объем финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное в Ивановской области лицо.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи - ежемесячный объем финансирования конкретной медицинской в расчете на одно прикрепившееся застрахованное лицо.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи - ежемесячный объем финансирования станции(отделения) скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в зоне обслуживания.

Законченный случай лечения в стационаре (дневном стационаре) - совокупность медицинских услуг, оказанных пациенту от даты поступления до даты выбытия, в соответствии с порядками и/или на основе стандартов оказания медицинской помощи с целью профилактики, медицинской реабилитации, диагностики и лечения заболеваний (в том числе выполнения хирургических операций) и состояний (включая беременность, роды и послеродовый период).

Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях - совокупность посещений и медицинских услуг, предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором цель обращения за медицинской помощью достигнута.

Посещение с профилактической и иной целью - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи).

Посещение с неотложной целью - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

Обращение в связи с заболеванием – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

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

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);

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ) – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Управленческий коэффициент - 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 оказания медицинской помощи - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи;

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный 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.

Оплата медицинской помощи за услугу - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации либо при оказании услуги в амбулаторных условиях строго в соответствии с перечнем услуг.

Коэффициент дифференциации подушевого норматива - коэффициент, учитывающий различия в затратах МО на оказание медицинской помощи прикрепленным лицам.

Медицинские организации, имеющие прикрепленное население – медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС и имеющие прикрепленных по территориально-участковому принципу либо по выбору застрахованных по ОМС лиц, оплата медицинской помощи которым осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу на прикрепившихся лиц

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения - медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС, организационная структура которых не предусматривает наличие территориально-участкового принципа обслуживания населения.

Прерванный случай оказания медицинской помощи - случай оказания медицинской помощи в условиях стационара и/или дневного стационара при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от

дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Прикрепленные застрахованные - застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепленные к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Подушевое финансирование - способ оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования.

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (обращение, законченный случай лечения, посещение, вызов скорой медицинской помощи, услуга), на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной Программой ОМС.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) - норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (1 класс по Блеку).

Установленный объем медицинской помощи - годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (вызов, посещение, обращение, случай госпитализации в условиях стационара, случай лечения в условиях дневного стационара), установленный для МО решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Понятия «**медицинская помощь**», «**медицинская услуга**» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Понятия «**обязательное медицинское страхование**» (ОМС), «**базовая программа обязательного медицинского страхования**», «**территориальная программа обязательного медицинского страхования**», «**страховая медицинская организация**» (СМО), «**медицинская организация**» (МО), «**застрахованное лицо**» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, осуществляется в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи по условиям ее оказания, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1) в МО, имеющих прикрепившихся лиц - 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), 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);

2) в МО, не имеющих прикрепившихся лиц, а также при оплате медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Ивановской области, - за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

3) за единицу объема медицинской помощи:

- за медицинскую услугу при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований и методов лечения - 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, гемодиализа интермиттирующего высокопоточного, перитонеального диализа, сцинтиграфии, комплексного исследования для диагностики фоновых и предраковых заболеваний репродуктивных органов у женщины, маммографии (с использованием передвижного маммографа), оптического исследования сетчатки с помощью компьютерного анализатора, секторальной лазеркоагуляции, комплексного исследования для диагностики нарушений зрения, дистанционного наблюдения за показателями артериального давления (при подборе лекарственной терапии, при контроле эффективности лекарственной терапии), нагрузочного ЭКГ-тестирования (велозергометрия), ПЭТ-КТ;

- за медицинскую услугу в рамках сверх базовой программы ОМС: проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка у беременных женщин, проведение неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

- за комплексное посещение при оплате профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации. Оплата первого этапа диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определенных групп населения осуществляется по законченному случаю.

Оплата второго этапа диспансеризации определенных групп населения производится по тарифу за посещения к врачам-специалистам и предоставленные медицинские услуги;

- за посещение в рамках сверх базовой программы ОМС (в части паллиативной медицинской помощи)

- за посещение, за обращение (законченный случай) с учетом уровней организации медицинской помощи- при оплате медицинской помощи по видам и профилям, не включенным в подушевой норматив финансирования.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по базовой и сверх базовой ТПОМС, в том числе участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении №1 к Тарифному соглашению.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

- за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) в соответствии с разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленного приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов (далее - Программа) с учетом предельного количества законченных случаев оказания медицинской помощи по ВМП на 2020 год (перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи приведен в приложении № 2 к Тарифному соглашению);

- за 1 койко-день по паллиативной медицинской помощи;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при проведении диагностических исследований, переводе пациента в другую медицинскую

организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при оказании услуг диализа (гемодиализ, гемодиализация продолжительная);

- за медицинскую услугу при проведении процедуры гемодиализации продолжительной. Оплата осуществляется дополнительно к оплате по КСГ в рамках 1 случая госпитализации.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по базовой и сверх базовой ТПОМС с учетом уровней (подуровней) организации медицинской помощи и способов оплаты, включая ВМП и медицинские услуги, приведен в приложении №3 к Тарифному соглашению.

2.4. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу, в том числе по профилю «медицинская реабилитация», за случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)) с учетом уровней (подуровней) организации медицинской помощи.

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по базовой ТПОМС с учетом уровней (подуровней) организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении №4 к Тарифному соглашению,

2.5. 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):

- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население, - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, в том числе с применением тромболизиса;

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, - по тарифам за вызов специализированной экстренной консультативной бригады;

- при оказании медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, - по тарифам за вызов скорой медицинской помощи, в том числе с применением тромболизиса.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении №5 к Тарифному соглашению.

2.6. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях,

имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы 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 средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности и межучрежденческих расчетов, указан в приложении №6 к Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных Законом Ивановской области от 16.12.2019 № 74-ОЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» в части финансового обеспечения ТПОМС с учетом федеральных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и федеральных нормативов объемов медицинской помощи, установленных Программой.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», и Рекомендациями и включают в себя: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов, 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 учреждениях (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.

3.2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи и размеры подушевого финансирования медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТПОМС способами оплаты медицинской помощи.

3.2.2. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение застрахованным лицам, в том числе находящимся в стационарных организациях социального обслуживания:

- первичной медико-санитарной помощи, включая профилактическую помощь, скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, включенной в раздел I перечня видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 Территориальной программы госгарантий, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

- профилактических мероприятий, включая профилактические медицинские осмотры граждан и их отдельных категорий, указанных в разделе 3 Территориальной программы госгарантий, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 Территориальной программы госгарантий, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения), а также мероприятий по медицинской реабилитации, осуществляемых в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации:

- медицинской помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу ОМС, в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об

обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую ОМС).

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в средние нормативы, установленные ТПОМС.

3.3. Медицинские организации ведут отдельный учет по операциям со средствами ОМС. Порядок отнесения расходов устанавливается локальным нормативным актом (учетной политикой) медицинской организации. Решение о распределении (перераспределении) средств ОМС между предметными статьями (подстатьями) расходов, видами и условиями оказания медицинской помощи принимается руководителем медицинской организации в пределах фактического финансирования медицинской организации (с учетом переходящего остатка на счете медицинской организации с предыдущего периода).

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной МО являются едиными для всех СМО, находящихся на территории Ивановской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТПОМС.

Размер тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается дифференцированно для медицинских организаций в зависимости от уровня (подуровня) организации медицинской помощи.

Коэффициенты уровней оказания медицинской помощи приведены в приложении №7 к Тарифному соглашению.

3.4. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках ТПОМС:

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТПОМС на 2020 год, составляет 4338,3 рубля, в том числе:

- в неотложной форме - 337,0 рубля;
- при обращении по заболеванию - 2 479,0 рубля, в том числе:
 - компьютерная томография - 58,6 рубля,
 - магнитно-резонансная томография - 47,6 рубля,
 - ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы - 43,2 рубля,
 - эндоскопическое диагностическое исследование - 25,3 рубля,
 - гистологического исследования с целью выявления онкологических заболеваний - 28,8 рубля;
- с профилактическими и иными целями:
 - комплексное посещение для проведения профилактических медицинских

осмотров - 450,3 рубля,

- комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний - 369,8 рубля,

- с иными целями - 702,2 рубля.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в амбулаторных условиях на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин и проведение неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций - 9,7 рубля; при оказании паллиативной медицинской помощи - 4,6 рубля.

3.4.2. Тарифы на одно посещение с профилактическими и иными целями, оказываемое в амбулаторных условиях, а также при оказании медицинской помощи мобильными бригадами в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов указаны в приложении №8 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на одно обращение по поводу заболевания, оказываемое в амбулаторных условиях, а также при оказании медицинской помощи мобильными бригадами в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, указаны в приложении №9 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на одно посещение в неотложной форме, оказываемое в амбулаторных условиях, а также при оказании медицинской помощи мобильными бригадами, оказываемое в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, указаны в приложении №10 к настоящему Тарифному соглашению.

Расчет тарифов по паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях определяется соотношением суммы межбюджетного трансферта в части амбулаторной медицинской помощи и утвержденных в плане-задании объемов.

Тарифы на 1 посещение по паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках сверх базовой ТПОМС, за исключением межтерриториальных расчетов - приложение №11 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинские услуги для самостоятельных расчетов между ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ивановской области» и медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Ивановской области, а также для межучрежденческих расчетов - приложение №12 к Тарифному соглашению.

3.4.3. Тарифы на проведение I этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, тарифы на проведение I этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных

(удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе с использованием мобильных комплексов, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение №13 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на проведение I и II этапов диспансеризации определенных групп взрослого населения по возрастным категориям, в том числе с использованием мобильных комплексов, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение №14 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения, в том числе с использованием мобильных комплексов, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение №15 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение №16 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.4. Расчет тарифов по проведению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; перинатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, определяется соотношением суммы межбюджетного трансферта и утвержденных в план-задании объемов. Тарифы указаны в приложении №11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.5. Расчет подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, определен с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеваниями, за исключением:

- расходов, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- расходов, направляемых на оплату проведения 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);

- расходов, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований;

- расходов, направляемых на оплату посещений в неотложной форме;

- расходов на оплату стоматологической медицинской помощи;

- расходов на оплату медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья, и медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- расходов на оплату медицинских услуг: гемодиализ интермиттирующий высокопоточный, перитонеальный диализ, сцинтиграфия, комплексное исследование для диагностики фоновых и предраковых заболеваний репродуктивных органов у женщины, маммография (с использованием передвижного маммографа), оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора, секторальная лазеркоагуляция, комплексное исследование для диагностики нарушений зрения, дистанционное наблюдение за показателями артериального давления (при подборе лекарственной терапии, при контроле эффективности лекарственной терапии), нагрузочное ЭКГ-тестирование (велоэргометрия), ПЭТ-КТ.

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп приведены в приложении №17.

Перечень медицинских организаций и их подразделений, для которых применяется коэффициент 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 (в том числе для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи) приведен в приложении №18.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов медицинских организаций (в том числе для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи) приведен в приложении №19.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в составе средств, направляемых на

финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности:

- на 01.01.2020 – 5%, или 0,05, размера фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования, в том числе 0,5%, или 0,005, размера фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на выплаты медицинским организациям, внедряющим новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства (далее – «Новая модель ПМСП»).

Средства распределяются по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Показатели результативности деятельности (в том числе для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи) представлены в приложении №20.

Размеры фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования приведены в приложении №21.

ТФОМС ежемесячно не позднее двух рабочих дней с даты формирования сведений о сумме предъявленных к оплате счетов за отчетный период направляет в СМО и медицинские организации информацию о подушевых нормативах финансирования, установленных на данный период времени, сведения о численности прикрепленных застрахованных лиц на 1 число расчетного месяца и фактические объемы финансирования по подушевому нормативу с учетом показателей результативности деятельности, межучрежденческих расчетов и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, а также по подушевому финансированию по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи).

3.5. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области, в расчете на одно застрахованное лицо на 2020 год составляет 5 617,4 рубля, в том числе по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций – 132,9 рубля, по медицинской помощи по профилю «онкология» - 916,7 рубля, по высокотехнологичной медицинской помощи – 1050,4 рубля; по паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях составляет 66,7 рубля.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) – 22 563,91 рублей.

3.5.2. Перечень КСГ и тарифы на 1 случай госпитализации по КСГ в стационарных условиях по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для межтерриториальных

расчетов, приведены в приложении № 22 к настоящему Тарифному соглашению; тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, - в приложении №23.

3.5.3. Тарифы на оплату 1 койко-дня по паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в отделениях паллиативной помощи и отделениях сестринского ухода в рамках сверх базовой ТПОМС, за исключением межтерриториальных расчетов, - приложение №11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.4. Расходы на койки по уходу за ребенком при оказании паллиативной медицинской помощи включены в общий тариф на койко-день.

3.5.5. При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на содержание одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний, и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи и заболеваниям, включенным в ТПОМС.

3.6. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется по тарифу законченного случая лечения.

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (случаев лечения), установленных территориальной программой ОМС на 2020 год, составляет 1 263,8 рубля, в том числе по медицинской помощи по профилю «онкология» - 534,2 рубля. Средний размер финансового обеспечения проведения экстракорпорального оплодотворения составляет – 93,3 рубля.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) – 12 272,64 рублей.

3.6.2. Перечень КСГ и тарифы на 1 случай лечения по КСГ в условиях дневного стационара, по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, приведены в приложении № 24 к настоящему Тарифному соглашению,

3.7. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в рамках ТПОМС:

3.7.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской

помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС на 2020 год, составляет 684,0 рубля.

3.7.2. Тарифы на 1 вызов скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в рамках базовой ТПОМС, с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, приведены в приложении № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.3. Расчет подушевого норматива производится с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов с проведением тромболизиса;
- расходов на оплату экстренных вызовов специализированных экстренных консультативных бригад в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь лицам, застрахованным за пределами Ивановской области.

Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп скорой медицинской помощи приведены в приложении №26.

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи приведены в приложении №27.

ТФОМС ежемесячно не позднее двух рабочих дней с даты получения сведений о сумме предъявленных к оплате счетов за отчетный период направляет в СМО и медицинские организации информацию о подушевых нормативах финансирования, установленных на данный период времени, сведения о численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации на 1-ое число расчетного периода и размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц с учетом межучрежденческих расчетов.

3.8. Расчета подушевого норматива на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом оценки показателей результативности деятельности и межучрежденческих

расчетов проводится с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой и неотложной форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеваниями, специализированную медицинскую помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации, а также специализированную медицинскую помощь и первичную медико-санитарную помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай лечения, за исключением:

- расходов, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- расходов, направляемых на оплату проведения 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);
- расходов, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований;
- расходов на оплату стоматологической медицинской помощи;
- расходов на оплату медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;
- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья, и медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;
- расходов на оплату медицинских услуг: гемодиализ интермиттирующий высокопоточный, перитонеальный диализ, сцинтиграфия, комплексное исследование для диагностики фоновых и предраковых заболеваний репродуктивных органов у женщины, маммография (с использованием передвижного маммографа), оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора, секторальная лазеркоагуляция, комплексное

исследование для диагностики нарушений зрения, дистанционное наблюдение за показателями артериального давления (при подборе лекарственной терапии, при контроле эффективности лекарственной терапии), нагрузочное ЭКГ-тестирование (велоэргометрия), ПЭТ-КТ.

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп приведены в приложении № 28.

При оплате по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинских организаций, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности (на 01.01.2020 – 1%, или 0,01, размера дифференцированного подушевого норматива финансирования).

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования приведены в приложении № 29.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом оценки показателей результативности деятельности и межучрежденческих расчетов, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 394,60 рубля.

3.9. Комиссией по разработке ТПОМС вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые базовые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих расчетах (осуществляются медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с Тарифным соглашением) и межтерриториальных расчетах (осуществляются ТФОМС).

3.10. Расчеты между медицинскими организациями при предоставлении застрахованным прикрепленным лицам медицинской помощи в других медицинских организациях осуществляются страховыми медицинскими организациями в месяц предъявления счета к оплате по тарифу в размере 100%

тарифа, действующего на дату оказания медицинской помощи соответствующего врача-специалиста.

Межучрежденческим расчетам подлежит медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу в амбулаторных условиях, а также по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) в части оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, гражданам, прикрепленным к другой медицинской организации Ивановской области, скорой медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема.

При возникновении отрицательных значений в медицинской организации в связи с проведением межучрежденческих расчетов страховая медицинская организация производит удержание образовавшейся задолженности за счет оплаты медицинской помощи, оказанной в других условиях, имеющих в медицинской организации (за исключением сверх базовой ТПОМС).

Взаиморасчеты за оказанную медицинскую помощь в рамках диспансеризации определенных групп населения и профилактических медицинских осмотров в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме, стоматологическую медицинскую помощь, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», медицинскую помощь, оказываемую в Центрах здоровья, медицинские услуги, включая предоставление клинико-диагностических и прочих услуг, осуществляются МО самостоятельно.

3.11. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории Ивановской области, в которой выдан полис ОМС застрахованного лица, осуществляется по видам, включенным в базовую программу ОМС, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по видам, включенным в базовую программу ОМС, оказанной медицинскими организациями Ивановской области застрахованным лицам, находящимся вне территории страхования, производится по тарифу за единицу объема медицинской помощи.

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ивановской области, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, в которых применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской

помощи представлены в приложении №30 к Тарифному соглашению.

3.12. Оплата паллиативной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и амбулаторно-поликлинических условиях, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, осуществляется за счет и в пределах средств межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета Ивановской области в бюджет ТФОМС, лицам, зарегистрированным и застрахованным на территории Ивановской области, в пределах объемов, утвержденных планом-заданием на год с учетом поквартальной разбивки и ежемесячного финансового обеспечения.

Счета на оплату паллиативной медицинской помощи, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций за 2019 год не подлежат оплате в 2020 году (за исключением окончательного расчета за декабрь 2019 года и оплаты случаев отклоненных по результатам медико-экономического контроля).

3.13. Положение по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Ивановской области на 2020 представлено в приложении № 31 к Тарифному соглашению.

3.14. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, на 2020 год представлен в приложении № 32 к Тарифному соглашению.

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. Размеры 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 приведены в приложении №33 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания, распространяется на отношения, возникшие с 01.01.2020, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

5.2. Изменения и дополнения к настоящему Тарифному соглашению могут вноситься только в письменном виде, путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению Стороны принимают все меры к разрешению их путем переговоров. При недостижении согласия, Стороны разрешают споры в арбитражном суде.

Подписи Сторон:

от Департамента
здравоохранения
Ивановской области

от Территориального
фонда
обязательного
медицинского
страхования
Ивановской области

от страховых
медицинских
организаций



от медицинских
профессиональных
некоммерческих организаций

от профессиональных союзов
медицинских работников

