

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2019 ГОД**

г. Иваново

29 декабря 2018 года

Департамент здравоохранения Ивановской области, в лице временно исполняющего обязанности члена Правительства Ивановской области – директора Департамента здравоохранения Ивановской области Сима М.И., 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 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «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 28.12.2018 № 420-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 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 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства Ивановской области от 28.12.2018 № 420-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, 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 территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

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» (ТПОМС), «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».

Понятия «случай госпитализации», «случай лечения», «клинико-статистическая группа заболеваний» (КСГ), «клинико-профильная группа»

(КПГ), «оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ)», «базовая ставка», «коэффициент относительной затратоемкости», «коэффициент дифференциации», «поправочные коэффициенты», «управленческий коэффициент», «коэффициент уровня оказания медицинской помощи», «коэффициент подуровня оказания медицинской помощи», «коэффициент сложности лечения пациентов», «подгруппа в составе клинко-статистической группы заболеваний», «оплата медицинской помощи за услугу» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо от 21.11.2018 Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 14525/26-1/и (далее - Рекомендации).

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.

Подушевой норматив финансирования - показатель, отражающий размер средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС в расчете на одно прикрепленное застрахованное лицо.

Прикрепленное население (прикрепившиеся лица) - застрахованные лица, обслуживаемые в медицинской организации по месту жительства либо по месту прикрепления в соответствии с действующим законодательством, нормативными правовыми актами, регламентирующими порядок прикрепления граждан к медицинской организации.

Группа медицинских организаций - совокупность медицинских организаций, объединенных по уровням организации и оплаты медицинской помощи.

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).

Тарифы на медицинскую помощь (медицинские услуги) в системе обязательного медицинского страхования (далее - тарифы) - сумма возмещения расходов медицинской организации в рамках территориальной программы ОМС на единицу объема медицинской помощи.

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:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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);

за единицу объема медицинской помощи с учетом уровней организации медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования,

в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

при оплате медицинской помощи по видам, не включенным в подушевой норматив финансирования;

в рамках сверх базовой ТПОМС - за единицу объема медицинской помощи - за посещение.

Единицей объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, являются:

- посещение с профилактической и иными целями, в том числе в центрах здоровья. Для центров здоровья единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение: впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования (первичное), обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций (повторное). Посещения с иными целями включают: разовые посещения по поводу заболевания, связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты;

- посещение с профилактической и иными целями при оказании

паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому;

- обращение по поводу заболевания. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений;

- посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в том числе на дому;

- условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;

- медицинская услуга: гемодиализ интермиттирующий высокопоточный, магнитно-резонансная томография, в том числе с контрастированием, компьютерная томография, в том числе с контрастированием, сцинтиграфия, комплексное исследование для диагностики фоновых и предраковых заболеваний репродуктивных органов у женщины, маммография (с использованием передвижного маммографа), патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала, дистанционное наблюдение за показателями артериального давления (при подборе лекарственной терапии, при контроле эффективности лекарственной терапии), 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.

Оплата первого этапа диспансеризации определенных групп населения и профилактических медицинских осмотров осуществляется по законченному случаю.

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

Законченным случаем в условиях поликлиники является обращение по поводу заболевания, проведение диспансеризации отдельных категорий граждан и профилактических осмотров населения, цель которых достигнута.

Перечень медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС, и Перечень медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, в рамках сверх базовой ТПОМС, приведены в приложении № 1 к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по базовой и сверх базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе фельдшерско-акушерские пункты, фельдшерские здравпункты и отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, приведен в приложении № 3 к Тарифному соглашению.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, в том числе по профилю «медицинская реабилитация», с учетом уровней (подуровней) организации медицинской помощи (за исключением паллиативной медицинской помощи). Законченным случаем лечения в стационаре (случаем госпитализации) является совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки (выпуска, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента);

- 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 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (далее - Программа) с учетом предельного количества законченных случаев оказания медицинской помощи по ВМП на 2019 год (перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи приведен в приложении № 5 к Тарифному соглашению);

- за 1 койко-день по паллиативной медицинской помощи;

- за прерванный, в том числе сверхкороткий, 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, 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 № 4 к Тарифному соглашению.

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу, в том числе по профилю «медицинская реабилитация», а также за случай применения вспомогательных репродуктивных технологий - экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с учетом уровней (подуровней) организации медицинской помощи. Законченным случаем лечения в условиях дневного стационара является объем лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, либо направление пациента на госпитализацию в круглосуточный стационар;

- за прерванный, в том числе сверхкороткий, 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 № 6 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 с применением тромболизиса;

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, - оплата по тарифам за вызов скорой медицинской помощи;

- при оказании медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, - оплата 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 № 7 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 исходя из количества прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом оценки показателей результативности деятельности медицинской организации (включая фактическое выполнение объема медицинской помощи по видам и условиям оказания).

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 оценки показателей результативности деятельности и межучрежденческих расчетов на 2019 год указан в приложении № 29 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 13.12.2018 № 77-ОЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 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 Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «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.

Перечень расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС, приведен в соответствии с классификацией операций сектора государственного управления, утвержденной приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении Порядка применения классификации операций сектора государственного управления» устанавливается приложением № 31 к Тарифному соглашению.

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:

- 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 перечень 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, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения;

- мероприятия по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, указанных в разделе 3 Территориальной программы госгарантий, медицинской реабилитации, осуществляемой 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, за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включенных в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденный Правительством Российской Федерации;

- проведения патологоанатомических (гистологических и

цитологических) исследований пациентов при заболеваниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- 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 № 8 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 2019 год, составляет:

- с профилактическими и иными целями - 1334,9 рубля;
- в неотложной форме - 333,3 рубля;
- при обращении по заболеванию - 2311,0 рубля;
- проведение профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию – 803,6 рубля;
- 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 - 11,8 рубля;
- посещение с профилактическими и иными целями при оказании паллиативной медицинской помощи - 4,4 рубля.

3.4.2. Тарифы на одно посещение с профилактическими и иными целями, оказываемое в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на одно обращение по поводу заболевания, оказываемое в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на одно посещение в неотложной форме, оказываемое в амбулаторных условиях, оказываемое в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинских услуг в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, и тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях в рамках сверх базовой ТПОМС, - приложение № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на 1 посещение по паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках сверх базовой ТПОМС, за исключением межтерриториальных расчетов - приложение № 13 к настоящему 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, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение № 14 к

настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на проведение I и II этапов диспансеризации определенных групп взрослого населения по возрастным категориям, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение № 17 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 плане-задании объемов. Тарифы указаны в приложении № 12 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 указаны в приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.5. Расчет подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, определен Алгоритмом расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом показателей результативности и межучрежденческих расчетов на 2019 год, являющимся приложением к настоящему Тарифному соглашению (приложение N 28).

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 и межучрежденческих расчетов, 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 2019 год составляет 5290,9 рубля, в том числе по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций - 115,2 рубля; по медицинской помощи по профилю «онкология» - 659,1 рубля; по паллиативной медицинской помощи составляет 46,3 рубля.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) – 21 040,0 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 № 18 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 № 19.

3.5.3. Количество планируемых случаев оказания ВМП на 2019 год в разрезе медицинских организаций приведено в приложении № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.4. 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 № 21 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.5.6. 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 2019 год, составляет 1176,3 рубля, в том числе по медицинской помощи по профилю «онкология» - 444,5 рубля. Средний размер финансового обеспечения проведения экстракорпорального оплодотворения составляет - 83,5 рубля.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) – 11 560,0 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 № 22 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 2019 год, составляет 675,2 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 № 23 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.3. Порядок расчета подушевого норматива определен Алгоритмом расчета подушевого норматива финансирования по скорой медицинской помощи на 2019 год, являющимся приложением к настоящему Тарифному соглашению (приложение № 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.

3.8. Порядок 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 на 2019 год определен Алгоритмом расчета подушевого норматива финансирования, являющимся приложением к настоящему Тарифному соглашению (приложение № 30).

3.9. Комиссией по разработке ТПОМС вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые базовые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, в том числе применяемые при внутриучрежденных, межучрежденных (осуществляются СМО) и межтерриториальных (осуществляются территориальными фондами ОМС) расчетах.

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, за исключением медицинской помощи, оплачиваемой по тарифу.

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, имеющихся 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. Медицинская помощь по видам, включенным в базовую программу ОМС, оказывается застрахованным лицам на территории Российской Федерации, в том числе за пределами Ивановской области, в которой выдан полис обязательного медицинского страхования застрахованного лица.

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, 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.

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 2018 год не подлежат оплате в 2019 году.

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 № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания, распространяется на отношения, возникшие с 01.01.2019, 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.

5.3. Перечень приложений к Тарифному соглашению:

Приложение № 1 Перечень медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях в рамках базовой ТП ОМС;

Приложение № 2 Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по базовой и сверх базовой ТП ОМС с учетом уровня организации медицинской помощи и способов оплаты;

Приложение № 3 Медицинские организации, имеющие в своем составе фельдшерско-акушерские пункты, фельдшерские здравпункты и отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях;

Приложение № 4 Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по базовой и сверх базовой ТП ОМС с учетом уровня организации медицинской помощи и способов оплаты, включая ВМП и медицинские услуги;

Приложение № 5 Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи;

Приложение № 6 Перечень медицинских организаций, оказывающих

медицинскую помощь в условиях дневного стационара по базовой ТП ОМС с учетом уровня организации медицинской помощи и способов оплаты;

Приложение № 7 Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации по базовой ТП ОМС с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты;

Приложение № 8 Коэффициенты уровней оказания медицинской помощи;

Приложение № 9 Тарифы на одно посещение с профилактическими и иными целями медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ТП ОМС, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов;

Приложение № 10 Тарифы на одно обращение по поводу заболевания медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ТП ОМС, применяемые, в том числе для межтерриториальных расчетов;

Приложение № 11 Тариф на одно посещение в неотложной форме медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ТП ОМС, применяемые, в том числе для межтерриториальных расчетов;

Приложение № 12 Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях в рамках базовой ТП ОМС, применяемые, в том числе для межтерриториальных расчетов и сверх базовой ТП ОМС, применяемые, за исключением межтерриториальных расчетов;

Приложение № 13 Тарифы на 1 посещение паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках сверх базовой ТП ОМС, за исключением межтерриториальных расчетов;

Приложение № 14 Тарифы I этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

Приложение № 15 Тариф и перечень осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I и II этапов диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Приложение № 16 Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения (приложение № 16);

Приложение № 17 Тарифы на проведение медицинских осмотров несовершеннолетних;

Приложение № 18 Перечень КСГ (подгрупп КСГ) и тарифы на 1 случай госпитализации по КСГ в стационарных условиях по базовой ТП ОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов;

Приложение № 19 Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках базовой ТП ОМС, применяемые, в том числе для межтерриториальных расчетов;

Приложение № 20 Количество планируемых случаев оказания ВМП в разрезе медицинских организаций на 2019 год;

Приложение № 21 Тарифы на оплату 1 койко-дня паллиативной помощи, оказываемой в стационарных условиях в рамках сверх базовой ТП ОМС, за исключением межтерриториальных расчетов;

Приложение № 22 Перечень КСГ и тарифы на 1 случай лечения по КСГ в условиях дневного стационара по базовой ТП ОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов;

Приложение № 23 Тарифы на 1 вызов скорой медицинской помощи вне медицинской организации в рамках базовой ТП ОМС по уровням организации медицинской помощи, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов;

Приложение № 24 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;

Приложение № 25 Положение по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Ивановской области на 2019 год;

Приложение № 26 Порядок предъявления и организации оплаты счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам на территории Ивановской области, на 2019 год;

Приложение № 27 Алгоритм расчета подушевого норматива финансирования по скорой медицинской помощи на 2019 год;

Приложение № 28 Алгоритм расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом межучрежденческих расчетов на 2019 год;

Приложение № 29 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 оценки показателей результативности деятельности и межучрежденческих расчетов;

Приложение № 30 Алгоритм расчета подушевого норматива 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 на 2019 год;

Приложение № 31 Перечень расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Программе обязательного медицинского страхования.

Подписи Сторон:

от Департамента
здравоохранения
Ивановской области



М.И. Сим

от Территориального
фонда
обязательного
медицинского
страхования
Ивановской области



И.Г. Березина

от страховых
медицинских
организаций



В.Е. Лихов

от медицинских
профессиональных
некоммерческих организаций



И.Е. Волков

от профессиональных союзов
медицинских работников



Г.В. Вацуро