**СОГЛАШЕНИЕ**

**О ТАРИФАХ НА ОПЛАТУ**

**МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО**

**МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**НА 2018 ГОД**

(**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2018 ГОД**)

УТВЕРЖДЕНО С 01.01.2018

РЕШЕНИЕМ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ

ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО

СТРАХОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

(протокол от 14.12.2017 №14)

ОПУБЛИКОВАНО В СЕТИ «ИНТЕРНЕТ» с 22.12.2017

в соответствии с п.5 ст.30 Федерального закона

от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском

страховании в Российской Федерации»

РЯЗАНЬ - 2018

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АМП – амбулаторная медицинская помощь.

АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение.

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь.

ЕРЗ – единый регистр застрахованных.

КМП – качество медицинской помощи.

КСГ – клинико-статистическая группа болезней.

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр).

МО – медицинская организация.

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза.

ОМС – обязательное медицинское страхование.

ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь.

СМО – страховая медицинская организация.

СМП – скорая медицинская помощь.

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ТС – тарифное соглашение.

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

УЕТ – условная единица трудоемкости.

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Федеральный закон № 323-ФЗ – Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Федеральный закон № 326-ФЗ – Федеральный Закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи.

СТРУКТУРА ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ

РАЗДЕЛ I. Общие положения.

РАЗДЕЛ II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в системе ОМС.

РАЗДЕЛ III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

РАЗДЕЛ IV. Вопросы неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, уплаты медицинскими организациями штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

РАЗДЕЛ V. Заключительные положения.

**РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

**1.1.** Тарифное соглашение по реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Рязанской области на 2018 год (далее также – Тарифное соглашение, Соглашение) **заключено между именуемых в дальнейшем** **«Стороны»**:

органом исполнительной власти Рязанской области, в лице заместителя Председателя Правительства Рязанской области Крохалевой Ларисы Анатольевны, и министра здравоохранения Рязанской области Прилуцкого Андрея Александровича;

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Рязанской области (далее – Фонд), в лице директора Манухиной Елены Васильевны и заместителя директора по экономическим вопросам Успенской Ирины Владимировны;

страховыми медицинскими организациями (далее – СМО), осуществляющими деятельность в сфере ОМС Рязанской области, в лице директора филиала ООО «РГС-Медицина» в Рязанской области Юдина-Беседина Виктора Викторовича, директора Рязанского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Филькиной Людмилы Федоровны;

Рязанской областной организацией профсоюзов работников здравоохранения РФ, в лице: председателя – Шамбазовой Натальи Сергеевной и члена – Терехина Виталия Николаевича;

Региональной общественной организацией «Ассоциация организаторов здравоохранения Рязанской области», в лице председателя Сорокиной Людмилы Юрьевны, и председателя Региональной общественной организации «Врачебная палата» Нагибина Олега Александровича.

**1.2.** Тарифное соглашение **сформировано в соответствии** с:

* Федеральными законами:
* от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017) (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);
* от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 05.12.2017 № 373-ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ);
* постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» (далее – Программа);
* Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н (ред. от 11.01.2017) (далее – Правила ОМС);
* номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура);
* приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 (ред. от 22.02.2017 № 45) «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 18.11.2014 № 200 (ред. от 29.11.2016 № 267) «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
* Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные совместным письмом от 21.11.2017 Министерства здравоохранения Российской Федерации (№ 11-7/10/2-8080) и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (№ 13572/26-2/и) (далее – Федеральная методика) с Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев (далее – Инструкция по группировке случаев);
* письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
* другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Рязанской области.

**1.3.** **Предметом Тарифного соглашения** являются согласованные Сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Рязанской области (далее – медицинские организации), в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Рязанской области (далее – Программа ОМС); в Тарифном соглашении применяются основные понятия и определения, согласно приложению 1.

**1.4.** **Целями Тарифного соглашения** являются:

* создание условий для обеспечения равнодоступности застрахованным в системе ОМС лицам в бесплатном получении качественной медицинской помощи по Программе ОМС с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи;
* обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС в Рязанской области с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Рязанской области, основанных на данных медицинской статистики;
* обеспечение целевого и эффективного использования средств ОМС.

**1.5. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:**

* способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС в Рязанской области по условиям предоставления;
* порядок применения, размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по Программе ОМС, на текущий год, а также основания для их изменения;
* условия и размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, либо несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
* заключительные положения, включающие иные аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС.

**1.6.** Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предусматривает **ведение расчетов** между:

̶ СМО, включенными в реестр страховых медицинских организаций, и медицинскими организациями, в соответствии с действующими договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в сроки и на условиях, предусмотренных договорами, на основании предъявленных медицинской организацией реестров к счетам и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия);

̶ Фондом и медицинскими организациями (далее – МО) по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой ОМС.

**1.7.** **Возмещение затрат (оплата) за медицинскую помощь, оказанную федеральными медицинскими организациями**, участвующими в реализации Программы ОМС в Рязанской области, осуществляется в соответствии с порядками оплаты медицинской помощи и в рамках утвержденных плановых объемов, установленных Комиссией.

**1.8.** **Возмещение затрат (оплата) за медицинскую помощь, оказанную застрахованным на территории Рязанской области лицам вне территории страхования**, осуществляется по межтерриториальным расчетам между Фондом и ТФОМС иных субъектов РФ в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

**РАЗДЕЛ II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**2.1.** **Способы оплаты медицинской помощи** установлены Программой ОМС на 2018 год в рамках базовой программы ОМС, утвержденной в составе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в соответствии со ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ, применительно к условиям оказания медицинской помощи, определенным ч. 3 ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ:

2.1.1) при оплате ПМСП, оказываемой в амбулаторных условиях:

* по подушевому нормативу финансирования МО[[1]](#footnote-1) на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
* за единицу объема медицинской помощи: медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), в т.ч. используется при оплате медицинской помощи, оказанной на территории Рязанской области лицам, застрахованным в иных субъектах РФ, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

2.1.2) при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в т.ч. по профилю «медицинская реабилитация» в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

* за законченный случай лечения заболевания, включенного
в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
* за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

2.1.3) при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

* за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
* за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

2.1.4) при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в транспортном средстве при медицинской эвакуации), по подушевому нормативу финансирования МО на прикрепившихся лиц, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, за медицинскую услугу (проведение тромболизиса).

**2.2.** **В целях обеспечения** **единых принципов оплаты** отдельных видов и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС в Рязанской области устанавливаются единые порядки оплаты медицинской помощи, которые регламентируют применение способов оплаты первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи, особенности оплаты прерванных случаев лечения при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации, либо между медицинскими организациями, и скорой медицинской помощи.

**2.3.** **Применение способов оплаты медицинской помощи, оказываемой** **амбулаторно:**

2.3.1) Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи (приложение 2, графы 3-5 – в части медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях);

2.3.2) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования МО на прикрепившихся лиц (приложение 2, графа 4);

2.3.3) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (приложение 2, графа 3);

2.3.4) Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу МО.

**2.4.** **В подушевой норматив финансирования МО включается** первичная доврачебная, первичная медико-санитарная помощь, организованная по территориально-участковому принципу; подушевые нормативы финансирования МО устанавливаются на месяц, исходя из расчета на год.

**2.5.** **Медицинская помощь с оплатой по стоимости единицы объема медицинской помощи** – за медицинскую услугу за посещение, за обращение (законченный случай), в подушевой норматив финансирования МО на прикрепившихся лиц **не включается**:

* медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;
* первичная стоматологическая помощь, оказываемая амбулаторно;
* медицинская помощь, оказываемая в центрах здоровья;
* проведение медицинской услуги «перитонеальный диализ»;
* проведение медицинской услуги «лучевая терапия»;
* проведение пренатальной диагностики беременным женщинам (в части базовой программы ОМС);
* неотложное посещение в приемном покое стационара, за которым (по показаниям) не последовала госпитализация пациента;
* проведение профилактических мероприятий:
* диспансеризация определенных групп взрослого населения;
* диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
* диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
* профилактические медицинские осмотры взрослого населения;
* профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних;
* предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних;
* периодические медицинские осмотры несовершеннолетних;
* мобильные формы оказания медицинской помощи;
* отдельные тарифицированные медицинские услуги.

**2.6.** **Применение способов оплаты медицинской помощи, оказываемой** **стационарно** (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение):

2.6.1) Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи (приложение 2, графа 6 – в части медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара);

2.6.2) в целях обеспечения единых принципов оплаты специализированной медицинской помощи, в соответствии с Методикой[[2]](#footnote-2) на основе групп, объединяющих заболевания, в том числе клинико-статистические группы заболеваний (КСГ), и Инструкцией по группировке случаев устанавливается «Порядок оплаты специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на основе КСГ»;

2.6.3) оплата за ***законченный случай*** лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе КСГ, производится при выписке пациента в связи с окончанием стационарного этапа лечения при условии выполнения необходимых лечебно-диагностических мероприятий с достижением клинического результата – по стоимости соответствующей КСГ;

2.6.4) оплата за ***прерванный случай*** госпитализации, за исключением случаев лечения по заболеваниям, отнесенным к КСГ, перечисленным в п. 2.6.5, производится в следующем порядке:

а) в случае длительности госпитализации менее 3-х дней включительно, в том числе при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа:

* при отсутствии хирургического вмешательства (основным классификационным критерием отнесения к конкретной КСГ является диагноз по МКБ-10) – оплата в размере 50,0% от стоимости законченного случая для МО III уровня, в размере 40,0% от стоимости законченного случая для МО II и I уровней;
* при проведении хирургического вмешательства (основным классификационным критерием отнесения к конкретной КСГ является хирургическая операция) – оплата в размере 90,0% от стоимости законченного случая для МО III уровня, в размере 80,0% от стоимости законченного случая для МО II и I уровней:
* при краткосрочном пребывании (1-2 дня) в первичном сосудистом центре в случае проведения тромболизиса и дальнейшего перевода в региональные сосудистые центры для проведения стентирования – оплата 50,0% стоимости соответствующей КСГ;

б) в случае ***самовольного ухода*** пациента, при длительности госпитализации более 3-х дней:

* при отсутствии хирургического вмешательства (основным классификационным критерием отнесения к конкретной КСГ является диагноз по МКБ-10) – оплата в размере 50,0% от стоимости законченного случая для МО III уровня, в размере 40,0% от стоимости законченного случая для МО II и I уровней;
* при проведении хирургического вмешательства (основным классификационным критерием отнесения к конкретной КСГ является хирургическая операция) – оплата в размере 80,0% от стоимости законченного случая для МО III уровня, в размере 70,0% от стоимости законченного случая для МО II и I уровней;

2.6.5) случаи госпитализации (лечения) в стационар, являющиеся ***исключениями***, оплата которых осуществляется в полном объеме, независимо от длительности:

* в случае смерти пациента (летального исхода) с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи – 100,0% стоимости КСГ;
* по следующим КСГ круглосуточного стационара:

| № КСГ | Наименование КСГ (круглосуточный стационар) |
| --- | --- |
| 3 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| 4 | Родоразрешение |
| 5 | Кесарево сечение |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 1) |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 2) |
| 16 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| 86 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 99 | Сотрясение головного мозга |
| 146 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) |
| 147 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) |
| 148 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) |
| 149 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) |
| 150 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) |
| 151 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) |
| 152 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) |
| 153 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) |
| 154 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) |
| 155 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) |
| 159 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| 157 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы |
| 167 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 168 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 172 | Замена речевого процессора |
| 173 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 174 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| 176 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| 177 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| 198 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| 219 | Отравления и другие воздействия внешних причин  |
| 271 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| 301 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 314 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| 316 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии |
| 320 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

2.6.6) в рамках одного случая госпитализации производится оплата:

* при переводе пациента из одного отделения в другое в пределах стационара одной и той же МО (внутрибольничный перевод) с той же нозологической формой (или в диапазоне нозологий, входящих в одну и ту же КСГ), медицинская помощь оплачивается как один случай по КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратоемкости;
* при проведении в период одной госпитализации нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости;

2.6.7) в рамках двух случаев оплата:

* в случае перевода пациента в отделение другого профиля стационара одной и той же МО (внутрибольничный перевод), обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, медицинская помощь оплачивается как отдельные случаи лечения (госпитализации), каждый подлежит оплате по соответствующей КСГ в соответствии с установленными Порядками;
* в случае перевода пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар оплата производится за оба случая лечения заболевания в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленным Порядком;

2.6.8) в случае пребывания пациентки в отделении патологии беременных менее 6 дней и последующего перевода в акушерское отделение той же медицинской организации для родоразрешения оплата госпитализации осуществляется за один законченный случай по одной КСГ;

2.6.9) в случае пребывания пациентки в отделении патологии беременности не менее 2-х дней и последующего перевода в акушерское отделение той же медицинской организации для родоразрешения в виде исключения возможна оплата по двум КСГ при оказании медицинской помощи по следующим нозологическим формам:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи;

2.6.10) оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» в условиях круглосуточного стационара производится по КСГ, относящимся в соответствии с Инструкцией по группировке случаев к данному профилю при обязательном указании кода медицинской услуги Номенклатуры;

2.6.11) оплата медицинской помощи при проведении процедур диализа, оказываемой в условиях круглосуточного стационара производится за услугу; стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ; при оплате услуг диализа поправочные коэффициенты не применяются; в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС за единицу объема в условиях круглосуточного стационара к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре; в период лечения в круглосуточном стационаре, пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений;

2.6.12) оплата случаев лечения с применением препаратов для химиотерапии и генно-инженерных препаратов осуществляется по соответствующим КСГ с обязательным указанием кода медицинской услуги Номенклатуры;

2.6.13) случаи оказания в условиях круглосуточного стационара медицинской помощи с оплатой по КСГ, к которым ***не применяется коэффициент уровня/подуровня*** стационара:

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ(стационарные условия) |
| 17 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 30 | Легкие дерматозы |
| 69 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1) |
| 70 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2) |
| 71 |  Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии  |
| 86 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 89 | Транзиторные ишемические приступы, сосудистые мозговые синдромы |
| 90 | Кровоизлияние в мозг |
| 91 | Инфаркт мозга (уровень 1) |
| 92 | Инфаркт мозга (уровень 2) |
| 93 | Инфаркт мозга (уровень 3) |
| 97 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| 172 | Замена речевого процессора |
| 208 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 210 | Болезни желчного пузыря |
| 212 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| 213 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| 217 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| 243 | Болезни предстательной железы |
| 256 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| 266 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| 272 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |
| 284 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 1) |
| 285 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| 286 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| 287 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| 288 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| 314 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| 316 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии |
| 320 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

2.6.14) оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой; услуги «по содержанию медицинской организации» включены в стоимость законченного случая при оказании ВМП;

2.6.15) не допустима единовременная оплата законченного случая лечения в стационарных условиях по Порядку оплаты специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях на основе КСГ, и по стоимости законченного случая ВМП в один и тот же период;

2.6.16) предъявление к оплате случая оказания ВМП в рамках базовой программы ОМС осуществляется по завершении 6 этапа заполнения формы статистического учета № 025/у-ВМП (талон на оказание ВМП) в соответствии с приказом Минздрава России от 30.01.2015 № 29н (ред. от 13.07.2015) «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления»;

2.6.18) медицинские организации (юридические лица), оказывающие ВМП:

1. ГБУ РО «Областная клиническая больница»,
2. ГБУ РО «Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой»,
3. ГБУ РО «Областной клинический перинатальный центр»,
4. ГБУ РО «Областной клинический онкологический диспансер»,
5. ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер»,
6. ГБУ РО «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»,
7. ГБУ РО «Клиническая больница им. Н.А. Семашко»,
8. ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
9. ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11»,
10. ГБУ РО «Городская клиническая больница № 5»,
11. ГБУ РО «Городская клиническая больница № 4»,
12. ГБУ РО «Городская клиническая больница №10»,
13. ГБУ РО «Городская клиническая больница № 8».

**2.7.** **Применение способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в дневном стационаре** (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения):

2.7.1) Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи (приложение № 2, графа 7 - в части медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара);

2.7.2) оплата за ***законченный случай*** лечения, включенный в соответствующую группу заболеваний, в том числе КСГ, при оказании ПМСП, первичной специализированной и специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, в том числе при проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), осуществляется в соответствии с Федеральной методикой на основе групп, объединяющих заболевания, в том числе КСГ, и Инструкцией по группировке случаев;

в случае перевода пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар оплата производится за два отдельных случая лечения заболевания в рамках соответствующих КСГ в соответствии с установленными Порядками;

2.7.3) оплата за ***прерванный случай*** госпитализации, за исключением случаев лечения по заболеваниям, отнесенным к КСГ, перечисленным в п. 2.7.4, производится в следующем порядке:

а) в случае длительности госпитализации менее 3-х дней включительно, в том числе при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа:

* при отсутствии хирургического вмешательства (основным классификационным критерием отнесения к конкретной КСГ является диагноз по МКБ-10) – оплата в размере 50,0% от стоимости законченного случая для МО III уровня, в размере 40,0% от стоимости законченного случая для МО II и I уровней;
* при проведении хирургического вмешательства (основным классификационным критерием отнесения к конкретной КСГ является хирургическая операция) – оплата в размере 80,0% от стоимости законченного случая для МО III уровня, в размере 70,0% от стоимости законченного случая для МО II и I уровней;
* при госпитализации в дневной стационар, в рамках которой количество фактически выполненных процедур программного диализа составляет не более 3-х, производится оплата в размере 40,0% от стоимости законченного случая по КСГ;

2.7.4) случаи госпитализации (лечения) в дневной стационар, являющиеся ***исключениями***, оплата которых осуществляется в полном объеме, независимо от длительности:

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ (условия дневного стационара) |
| 3 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 4 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| 54 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) |
| 55 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) |
| 56 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) |
| 57 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) |
| 58 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) |
| 59 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) |
| 60 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) |
| 61 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) |
| 70 | Болезни и травмы глаза |
| 121 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов |

2.7.5) для оплаты процедур заместительной почечной терапии в условиях дневного стационара, включающего различные методы, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу; при этом стоимость услуги диализа с учетом их фактического выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения; учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара ̶ законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения;

2.7.6) в случае проведения в течение одного месяца процедуры диализа в условиях дневного стационара на базе двух медицинских организаций (ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» и ООО «ФРЕЗЕНИУС НЕФРОКЕА» или др.) обе медицинские организации предъявляют к оплате в СМО счета и реестры к счетам по КСГ, с учетом фактически выполненных услуг (процедур); недопустимо совпадение дат проведения диализа; по каждому указанному случаю в обязательном порядке должна быть проведена медико-экономическая экспертиза.

**2.8. Применение способов оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:**

2.8.1) Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи (приложение 2, графа 8 – оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) оплата медицинской помощи в которых, осуществляется по подушевому нормативу финансирования МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (далее – подушевой норматив финансирования МОсмп);

2.8.2) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.8.2.1) 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), для жителей Рязанской области - по подушевому нормативу финансирования; в подушевой норматив финансирования МОсмп не включаются расходы на проведение процедур тромболизиса; расходы на проведение тромболизиса оплачивается сверх установленного подушевого норматива финансирования МОсмп.;

2.8.2.2) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным за пределами территории страхования, в которой выдан полис обязательного медицинского страхования, - за вызов в сочетании с оплатой за проведение процедур тромболизиса.

2.8.3) формирование реестров к счету на оплату скорой медицинской помощи производится по вызовам скорой медицинской помощи врачебных и фельдшерских бригад в соответствии с действующими тарифами;

**2.9.** **Оплата медицинской помощи осуществляется в рамках объемов медицинской помощи**, утвержденных Программой ОМС на соответствующий год; применяемые в системе ОМС способы оплаты медицинской помощи способствуют эффективному расходованию средств ОМС, ресурсосбережению, предсказуемости затрат на оплату медицинской помощи, стимулированию реструктуризации сети медицинских организаций путем смещения основного объема медицинской помощи на внегоспитальный этап (догоспитальный, постгоспитальный), и оптимизации лечебно-диагностического процесса, повышают уровень удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи.

**2.10.** В целях **оценки эффективности** **и результативности** внедрения новых способов и принципов оплаты медицинской помощи, ТФОМС Рязанской области могут осуществляться пилотные проекты во всех или в отдельных медицинских организациях; в переходный период перевода медицинских организаций на новые способы (принципы) оплаты медицинской помощи, в целях обеспечения стабильности функционирования региональной системы ОМС, возможно применение корректирующих (±) коэффициентов иных отступлений от Порядка, определяемых Комиссией.

**РАЗДЕЛ III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ**

**МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**3.1. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно** с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций (приложение 3: Перечень медицинских организаций по уровням):

1. первого уровня оказания медицинской помощи – для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организации, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):
* первичную медико-санитарную помощь;
* и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;
* и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;
1. второго уровня оказания медицинской помощи – для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;
2. третьего уровня оказания медицинской помощи – для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

**3.2.** **Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой** **расчета тарифов** на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования (в редакциях).

**3.3.** **В расчет тарифов включены** **затраты** медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

**3.4. Первичная медико-санитарная помощь, оказываемая амбулаторно:**

3.4.1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой амбулаторно, составляет:

* с профилактическими и иными целями (посещение) – 1 063,69 руб., кроме того за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории Рязанской области, в которой выдан полис обязательного медицинского страхования, – 3,35 рублей;
* в неотложной форме (посещение) – 303,91 руб., кроме того за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории Рязанской области, в которой выдан полис обязательного медицинского страхования, – 21,62 рублей;
* по заболеванию (обращение) – 2 321,91 руб., кроме того за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории Рязанской области, в которой выдан полис обязательного медицинского страхования, – 196,79 рублей;

3.4.2) размер подушевого норматива финансирования на одно застрахованное прикрепленное лицо по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и оплачиваемой по подушевому нормативу составляет в год 2 403,72 руб., в месяц – 200,31 рубля;

3.4.3) дифференцированный подушевой норматив финансирования ПМСП (приложение 4), оказанной в амбулаторных условиях; средний подушевой норматив финансирования МО, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях (за исключением консультативной помощи, оплачиваемой за посещение, стоматологической медицинской помощи, медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, диспансеризации всех видов, медицинских осмотров, услуг пренатальной диагностики, лучевой терапии и др.), устанавливается в размере не более 30,0 % в год;

3.4.4) тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема в соответствующем уровне (подуровне), устанавливаются единые, в том числе применяемые при межучрежденческих (осуществляются СМО) и межтерриториальных (осуществляются ТФОМС РО) расчетах;

3.4.5) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), оказываемые в амбулаторных условиях, по уровням оказания медицинской помощи (приложение 5);

3.4.6) тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях (приложение 6).

3.4.7) тарифы на оплату медицинских услуг, применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение 7);

3.4.8) тариф законченного случая при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения (приложение 8);

3.4.9) тариф на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения по стоимости услуг (приложение 9);

3.4.10) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования МО, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Половозрастные группы населения / возраст (лет) | Коэффициенты затрат на медицинскую помощь для мужчин в годSVmj | Коэффициенты затрат на медицинскую помощь для женщин в годSVwj | Коэффициенты затрат на медицинскую помощь для мужчин и женщин в годSVmwj |
|
| Дети и подростки |  0-1 | 2,747 | 2,666 | 2,708 |
| 1-4 | 1,942 | 1,894 | 1,919 |
|  5-17 | 1,173 | 1,148 | 1,161 |
| Взрослые трудоспособного возраста |  18-54 |  | 0,931 | 0,680 |
|  18-59 | 0,444 |  |
| Взрослые старше трудоспособного возраста |  55 и более |  | 1,416 | 1,314 |
|  60 и более | 1,060 |  |
| Всего | 0,764 | 1,191 | 1,000 |

3.4.11) тариф законченного случая при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (приложение 10);

3.4.12) тариф отдельных медицинских услуг при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних (приложение 11);

3.4.13) тариф на оплату профилактических медицинских осмотров взрослого населения (приложение 12);

3.4.14) Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (приложение 13).

**3.5. Специализированная медицинская помощь, оказываемая в условиях круглосуточного стационара:**

3.5.1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС – 5 172,88 рублей, в том числе по медицинской реабилитации – 111,67 руб. в год; без учета расходов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории Рязанской области, в которой выдан полис обязательного медицинского страхования, – 4 791,44 руб. в год.

3.5.2) Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с коэффициентами затратоемкости круглосуточного стационара (приложение 14);

3.5.3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) круглосуточного стационара – 21 554,27 рублей;

3.5.4) поправочные коэффициенты при оплате КСГ круглосуточного стационара:

* коэффициенты уровней/подуровней (приложение 15);
* управленческий коэффициент (приложение 20);
* коэффициент сложности лечения пациента:

̶ для лиц старше 75 лет равен 1,02;

̶ для пациентов до 1 года равен 1,1;

3.5.5) нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Программы ОМС (приложение 16);

3.5.6) тариф на отдельные медицинские услуги при проведении почечной заместительной терапии (диализа) в условиях круглосуточного стационара (приложение 17).

**3.6. Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара:**

3.6.1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, 880,19 руб. в год, в том числе без учета расходов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории Рязанской области, где выдан полис ОМС, 821,74 руб. в год;

3.6.2) Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с коэффициентами затратоемкости дневного стационара (приложение 18);

3.6.3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) дневного стационара – 7 179,03 рублей;

3.6.4) поправочные коэффициенты при оплате КСГ дневного стационара:

* коэффициенты уровней/подуровней (приложение 19);
* управленческий коэффициент (приложение 20);

3.6.5) тариф на отдельные медицинские услуги при проведении почечной заместительной терапии (диализа) в условиях дневного стационара (приложение 17).

**3.7. Скорая медицинская помощь, оказываемая вне медицинской организации:**

3.7.1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи данного вида, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС на 2017 год составляет – 625,21 руб., кроме того за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории Рязанской области, в которой выдан полис ОМС, – 44,47 рубля;

3.7.2) средний подушевой норматив финансирования МОсмп установлен на год в сумме – 599,76 руб., в месяц – 49,98 рубля;

3.7.3) тариф вызова скорой медицинской помощи (приложение 21);

3.7.4) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования МОсмп:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Половозрастные группы населения / возраст (лет) | Коэффициенты затрат на медицинскую помощь для мужчин в годSVmj | Коэффициенты затрат на медицинскую помощь для женщин в годSVwj | Коэффициенты затрат на медицинскую помощь для мужчин и женщин в годSVmwj |
|
| Дети и подростки |  0-1 | 1,647 | 1,459 | 1,555 |
| 1-4 | 1,323 | 1,205 | 1,265 |
|  5-17 | 0,483 | 0,454 | 0,469 |
| Взрослые трудоспособного возраста |  18-54 |  | 0,552 | 0,542 |
|  18-59 | 0,533 |  |
| Взрослые старше трудоспособного возраста |  55 и более |  | 2,081 | 1,994 |
|  60 и более | 1,755 |  |
| Всего | 0,811 | 1,153 | 1,000 |

**3.8.** Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной **гражданам, застрахованным на территории иных субъектов РФ**, медицинскими организациями, принимающими участие в выполнении Программы ОМС в Рязанской области, устанавливаются на уровне региональных тарифов в соответствии с базовой программой ОМС.

**3.9.** **Структура тарифов на оплату медицинской помощи** устанавливается в соответствии с Программой ОМС и включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других 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, в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

РАЗДЕЛ IV. ВОПРОСЫ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ, НЕПОЛНОГО

ВОЗМЕЩЕНИЯ ЗАТРАТ ЗА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

**4.1.** **Обязательства медицинских организаций**, участвующих в реализации Программы ОМС, неисполнение которых, влечет возможность неоплаты или неполного возмещения затрат за оказание медицинской помощи, уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, а также санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи определены приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 (ред. от 22.02.2017) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (приложение 22).

**4.2.** **Порядок расчета и применения санкций к медицинским организациям** по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи установлен приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н (ред. от 11.01.2017) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

**РАЗДЕЛ** **V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**5.1.** **Положения Тарифного соглашения распространяются на всех участников ОМС**, реализующих Программу ОМС в Рязанской области; Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех Сторон; изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения с момента их подписания Сторонами.

**5.2.** Медицинские организации осуществляют расходование средств в соответствии с установленной структурой тарифов, в пределах объемов финансовых поступлений, для достижения наилучших результатов путем оптимального использования средств ОМС.

**5.3. Тарифы на оплату медицинской помощи применяются:**

* в МО, имеющих с СМО договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, для осуществления взаиморасчетов при реализации Программы ОМС;
* для оплаты медицинской помощи, оказанной в Рязанской области гражданам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, при межтерриториальных расчетах ТФОМС в рамках базовой программы ОМС;
* для планирования, прогнозирования и контроля целевого расходования средств ОМС;
* в комплексном анализе реализации Программы ОМС;
* в оценке стоимостных показателей оказанной населению медицинской помощи.

**5.4.** С целью обеспечения финансовой стабильности системы ОМС (сбалансированности) осуществляется **пересмотр тарифов (индексация тарифов, подушевых нормативов, базовой ставки)** в следующих случаях:

* при изменении законодательных и распорядительных актов, при дополнительных источниках финансирования и соответствующем пересмотре Программы ОМС;
* при изменении доходной и расходной частей бюджета Фонда;
* при включении в ОМС новых видов, условий, профилей (специальностей) медицинской помощи, КСГ и проч.;
* при изменении структуры расходов по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи;
* с принятием в ОМС новых медицинских организаций (структурных подразделений и др.);
* с изменением системы оплаты труда и (или) минимальной заработной платы, фонда оплаты труда, окладов (должностных окладов), коэффициентов, начислений на выплаты по оплате труда, с изменением действующего законодательства и др.;
* с изменением мощностей стационаров за счет оптимизации больничной сети, с переводом дневных стационаров на режим работы с иной сменностью и т.п.;
* с проведением пилотных проектов по оплате медицинской помощи;
* иные мероприятия, не запрещенные действующим законодательством.

**5.5.** **В случае использования медицинской организацией не по целевому назначению средств ОМС**, перечисленных по договору на оказание и оплату медицинской помощи, МО несет ответственность в соответствии в частью 9 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

**5.6.** **Иные аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников ОМС** в Рязанской области изложены в приложении 23 Тарифного соглашения.

**5.7.** **Стороны принимают на себя обязательства** по выполнению Тарифного соглашения; разъяснения по применению настоящего Тарифного соглашения дает ТФОМС Рязанской области.

**5.8.** Настоящее Тарифное соглашение **вступает в силу с 01 января 2018 года** и действует до принятия Тарифного соглашения на следующий период.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заместитель Председателя Правительства Рязанской области | (подпись) | Л.А. Крохалева |
| Министр здравоохранения Рязанской области | (подпись) | А.А. Прилуцкий |
| Директор ТФОМС Рязанской области | (подпись) | Е.В. Манухина |
| Заместитель директора ТФОМС Рязанской области по экономическим вопросам | (подпись) | И.В. Успенская |
| Директор Филиала ООО «РГС-Медицина» в Рязанской области | (подпись) | В.В. Юдин-Беседин  |
| Директор Рязанского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» | (подпись) | Л.Ф. Филькина |
| Председатель Региональной общественной организации «Врачебная палата» | (подпись) | О.А. Нагибин |
| Председатель региональной общественной организации «Ассоциация организаторов здравоохранения Рязанской области» | (подпись) | Л.Ю. Сорокина  |
| Председатель Рязанской областной организации профсоюзов работников здравоохранения РФ  | (подпись) | Н.С. Шамбазова  |
| Член Рязанской областной организации профсоюзов работников здравоохранения РФ | (подпись) | В.Н. Терехин |

1. По решению Комиссии – с применением показателей результативности. [↑](#footnote-ref-1)
2. Письмо от 21.11.2017 Минздрава РФ № 11-7/10/2-8080 и ФОМС № 13572/26-2/и «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». [↑](#footnote-ref-2)