

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

об оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Ростовской области

26 декабря 2024 года

г. Ростов-на-Дону

Участники Тарифного соглашения – Правительство Ростовской области в лице заместителя Губернатора Ростовской области А.В.Пучкова, министра здравоохранения Ростовской области Ю.В.Кобзева, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области в лице директора М.О. Григорьева, страховые медицинские организации в лице: директора Ростовского филиала АО «МАКС-М» М.С.Барашова, директора ООО МСО «Панацея» В.В.Эстрина, Ростовская областная общественная организация «Врачебная палата» в лице членов «Врачебной палаты» Д.В.Бурцева, С.Г.Пискуновой, Ростовская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя О.С. Борцова, на основании протокола №10 от 26.12.2024 Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, образованной постановлением Правительства Ростовской области от 30.12.2011 № 332 (в ред. от 13.11.2023 № 805), пришли к соглашению о нижеследующем.

1. Общие положения.

1.1. Настоящее Тарифное соглашение заключено на основании части 2 статьи 30 Федерального Закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон №326-ФЗ) в действующей редакции, в соответствии с главами IX, XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44н (в ред. от 18.12.2023 №701н) «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования) в целях обеспечения на территории Ростовской области гарантий бесплатного оказания

застрахованным гражданам медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования и обеспечения устойчивости финансирования обязательного медицинского страхования.

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

1.3. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление размеров и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Ростовской области, порядка и условий их применения. Структура тарифов на оплату медицинской помощи включает в себя нормативные затраты медицинской организации соответственно части 7 статьи 35 Закона №326-ФЗ.

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

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

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

Медицинская организация (далее - МО) - юридическое лицо любой организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие право на

осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Первый уровень: медицинские организации, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа): первичную медико-санитарную помощь; и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь; и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

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

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

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

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Ростовской области.

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования, утвержденной в составе территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии со статьей 36 Закона №326-ФЗ.

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

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

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

2.1.1. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований,

молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии/однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи;

Финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, осуществляется в пределах средств, предусмотренных на эти цели.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

2.1.2. За единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ);

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу) и медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, установлен приложением 1 к Тарифному соглашению.

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

При оплате медицинской помощи по стоматологии применяется классификатор медицинских услуг по оказанию первичной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, разработанный на основе «*Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования*» Министерства здравоохранения РФ от 19.02.2024 №31-2-200 и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 №00-10-26-2-06/2778 , направленных письмом Минздрава РФ от 19.02.2024 №31-2-200 (приложение 2.1.1 к Тарифному соглашению).

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

2.2.1. За случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

2.2.2. За прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трех дней

(включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов (далее – Программа государственных гарантий), в том числе с оплатой за услугу диализа.

Клинико-статистические группы сформированы в соответствии с *«Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»*, » *Министерства здравоохранения РФ от 19.02.2024 №31-2-200 и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 №00-10-26-2-06/2778, направленных письмом Минздрава РФ от 19.02.2024 №31-2-200* и Примерным перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и условиях дневного стационара (приложение №4 к Программе государственных гарантий государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов).

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

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

Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в перечень методов, подлежащих финансированию из средств обязательного медицинского страхования в 2024 году осуществляется по нормативам финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи, приведенным в приложении 3.2.4 к Тарифному соглашению.

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

реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

2.3.1. За случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи);

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

Клинико-статистические группы сформированы в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», » Министерства здравоохранения РФ от 19.02.2024 №31-2-200 и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 №00-10-26-2-06/2778, направленных письмом Минздрава РФ от 19.02.2024 №31-2-200 и Примерным перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и условиях дневного стационара (приложение №4 к Программе государственных гарантий государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов).

Оплата медицинской помощи, оказываемой в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения и в дневном стационаре, организованном в больничном учреждении в структуре круглосуточного стационара, осуществляется по единым принципам.

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

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

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

2.4.1. По подушевому нормативу финансирования.

2.4.2. За единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (далее - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи) установлен приложением 1 к Тарифному соглашению.

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

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию,

установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» в действующей редакции.

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

При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в Ростовской области применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (в редакции от 22.11.2021) «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

3.2. Тарифы на отдельные медицинские услуги, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, устанавливаются на основании ставок затрат (приложение 3.1.4 к Тарифному соглашению), коэффициентов уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (приложение 3.1.5 к Тарифному соглашению). Тарифы на различные виды диагностических, в том числе лабораторных исследований, устанавливаются на основе номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (приложение 3.1.7 к Тарифному соглашению).

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

- единые значения половозрастных коэффициентов в разрезе половозрастных групп населения (приложение 2.1);
- перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (приложение 2.1);

- перечень видов медицинской помощи финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (приложение 2.1);

- средний размер финансового обеспечения на одно застрахованное лицо составляет 7 892,11 рубля (в том числе при посещении с профилактическими и иными целями – 3 112,49 руб., при посещении с неотложной целью – 500,13 руб., при обращении – 2 512,38 руб., при проведении отдельных диагностических (лабораторных) исследований – 910,54 руб., при диспансерном наблюдении – 697,20 руб., при посещении центров здоровья – 77,32 руб., при обращении по профилю «Медицинская реабилитация» - 82,05 руб.);

- размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (приложение 3.1.2);

- значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования (приведены в приложении 3.1.1) для медицинских организаций, учитывающие:

коэффициенты дифференциации с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

коэффициенты половозрастного состава обслуживаемого населения, в том числе оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше;

коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации;

коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ростовской области.

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

- средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского

страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 8 742,40 руб. (в том числе при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 263,45 руб.);

- перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратноности КСГ, коэффициентов специфики, и коэффициентов, применяемых для оплаты прерванных случаев (приложение 3.2.1 к Тарифному соглашению);

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

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

- перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара с указанием коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения (приложение 3.2.2.1 к Тарифному соглашению);

- коэффициенты уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (приложение 3.2.3 к Тарифному соглашению);

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

- порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении

симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трёх дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе государственных гарантий (приложение 2.2 к Тарифному соглашению);

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

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

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

- перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (приложение 2.2 к Тарифному соглашению);

- перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (приложение 2.2 к Тарифному соглашению);

- перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (приложение 2.2 к Тарифному соглашению);

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

- средний размер финансового обеспечения стационарозамещающей медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1973,81 руб. (в том числе при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 75,72 руб.);

- перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости КСГ, коэффициентов специфики, и коэффициентов, применяемых для оплаты прерванных случаев (приложение 3.3.1 к Тарифному соглашению);

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

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

- перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с указанием коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения (приложение 3.3.2.1 к Тарифному соглашению);

- коэффициенты уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (приложение 3.3.3 к Тарифному соглашению);

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

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

- перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (приложение 2.3 к Тарифному соглашению);

- перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (приложение 2.3 к Тарифному соглашению);

- перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (приложение 2.3 к Тарифному соглашению)

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

- перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (приложение 2,4);

- перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (приложение 2,4);

- единые значения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой помощи приведены в приложении 2.4;

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ростовской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1196,49 руб.;

- размер базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (приложение 3.4);

- значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающих:

- коэффициенты половозрастного состава;

- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности,

климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) (приложение 3.4);

коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ростовской области;

- перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, с указанием дифференцированного подушевого норматива финансирования приведены в приложении 3.4.

3.7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования Ростовской области на 2025 год включает в себя в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.8. Согласно части 6 статьи 39 Закона, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется по тарифам, установленным настоящим Соглашением, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

3.9. Предоставление (передача) реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, их обработка и принятие к оплате осуществляются преимущественно в электронном виде с использованием средств криптографической защиты информации с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных, общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, установленных приказом Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 №79 в действующей редакции.

Регламент информационного взаимодействия при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказываемую застрахованным лицам на территории Ростовской области, утверждается территориальным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с министерством здравоохранения Ростовской области, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, профессиональными союзами медицинских работников, представленными в составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам на территории Ростовской области осуществляется в соответствии с Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения, утвержденным приказом Минздрава России от 19.03.2021

№231н «Об утверждении порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

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

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

4.3. При выявлении нарушений договорных обязательств медицинской организации в отношении объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в соответствии со статьей 40 Закона, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи, к медицинской организации применяются меры, предусмотренные статьей 41 Закона и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в виде неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты штрафа медицинской организацией.

Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов, устанавливаются приложением 4 к Тарифному соглашению в соответствии с пунктами 154-155 главы IX, приложением №5 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2025 года и действует до 31 декабря 2025 года. Окончание срока действия Тарифного соглашения не влечет прекращения неисполненных обязательств по настоящему Тарифному соглашению.

5.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

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

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

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

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

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения

перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством РФ, высшим исполнительным органом государственной власти Ростовской области решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

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

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

Приложение 1 «Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ростовской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты».

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

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

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

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

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

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

Приложение 3.1.1 «Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу) с указанием значений дифференцированных подушевых нормативов финансирования».

Приложение 3.1.2 «Базовые подушевые нормативы финансирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население

(оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу)».

Приложение 3.1.3 «Количество и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов на 2024 год».

Приложение 3.1.4 «Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объёма её оказания, для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь».

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

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

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

Приложение 3.1.8. «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки (включая целевые значения)».

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

Приложение 3.2.1 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, коэффициентов специфики и коэффициентов, применяемых для оплаты прерванных случаев в условиях стационара».

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

Приложение 3.2.2.1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара с указанием коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения

Приложение 3.2.3 «Коэффициенты уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях».

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

Приложение 3.2.5 «Тарифы на оплату услуг диализа с учетом коэффициента дифференциации».

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

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

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

Приложение 3.3.1 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратноемкости КСГ, коэффициентов специфики и коэффициентов, применяемых для оплаты прерванных случаев в условиях дневного стационара».

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

Приложение 3.3.2.1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с указанием коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения

Приложение 3.3.3 «Коэффициенты уровня (подуровня) медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара».

Приложение 3.4 «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, с указанием стоимости месячного обслуживания одного застрахованного, проживающего на территории ответственности соответствующей медицинской организации (подразделения) скорой медицинской помощи (дифференцированные подушевые нормативы финансирования, учитывающего установленные коэффициенты половозрастного состава, уровня расходов и достижения целевых показателей уровня заработной платы.

Приложение 4 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией

штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества».

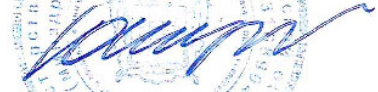
Заместитель Губернатора
Ростовской области

А.В.Пучков



Министр здравоохранения
Ростовской области

Ю.В. Кобзев



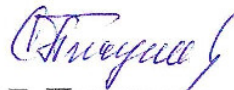
Директор
Территориального
фонда обязательного
медицинского
страхования
Ростовской области

М.О. Григорьев



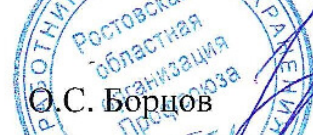
Член
Ростовской областной
Общественной
Организации
«Врачебная палата»

С.Г. Пискунова



Председатель
Ростовской областной
Организации
профсоюза работников
здравоохранения

О.С. Борцов



Член
Ростовской областной
Общественной
Организации
«Врачебная палата»

Д.В.Бурцев



Директор
ООО МСО
«Панацея»

В.В. Эстрин



Директор
Ростовского филиала
АО «МАКС-М»

М.С. Баранов

