ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по обязательному медицинскому страхованию граждан в Псковской области на 2023 год

Город Псков 30 декабря 2022 года

Настоящее Соглашение заключено в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и в целях предоставления гражданам в Псковской области равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Псковской области (далее - ТП ОМС).

Участники соглашения:

Уполномоченный государственный орган Псковской области	Комитет по здравоохранению Псковской области в лице председателя комитета **Гаращенко Марины Валерьевны**, действующего на основании Положения о комитете
Территориальный фонд	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Псковской области в лице директора **Альбовой Валентины Константиновны,** действующего на основании Положения о территориальном фонде
Представители страховых организаций Псковской области	Страховая медицинская организация АО «МАКС-М» филиал в г. Пскове в лице директора **Шашиной Анны Николаевны** действующего на основании доверенности
Представители профессиональных союзов	Псковская областная организация профсоюзов работников здравоохранения РФ в лице председателя **Шундер Анжелики Николаевны** действующего на основании устава
Представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций	Псковская региональная общественная организация «Медицинская палата» в лице члена палаты **Неваленной Галины Ивановны** действующего на основании устава

I.Общие положения

1.1.Настоящее Соглашение в системе обязательного медицинского страхования в Псковской области разработано в соответствии с Федеральным законом 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2022 года №2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов», Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила), Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. №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», Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Псковской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025годов, утвержденной Постановлением Правительства Псковской области от 30.12.2022 года №402.

1.2.Соглашение определяет и устанавливает:
-способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте;
-размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи;
-размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
-заключительные положения.

1.3.Сокращения, принятые в настоящем Соглашении:

ОМС – обязательное медицинское страхование
СМО – страховая медицинская организация
МО – медицинская организация
СМП – скорая медицинская помощь
ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
КСГ – клинико-статистическая группа болезней
УЕТ – условная единица трудоемкости
МКБ-10–Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте

II.1. Способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи

1. Способ оплаты при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях установлен:

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), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, 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 и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

Размер подушевого норматива финансирования включает в себя средства на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Оплата по подушевому нормативу осуществляется для медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) (приложение № 1 к Соглашению) имеющих прикрепленное застрахованное население на медицинском обслуживании и в соответствии с Порядком, утвержденным приложением №18 к Соглашению.

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

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

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

в) 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;

г) 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

Перечень медицинских организаций с оплатой за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) (приложение № 2 к Соглашению).

1.3 -по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерии соответствия их требованиям, установленным положением об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения РФ (приложение №2.2 к Соглашению).

2.Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, 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), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19),

-расходов на финансовое обеспечение фельдшерских/ фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на стоматологическую медицинскую помощь;

- расходов на медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в Центрах здоровья и Центрах здоровья для детей;

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

-расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация».

-расходов на оплату профилактических осмотров, диспансеризации в том числе углубленной.

3. Установить, что в составе средств, направленных на формирование тарифов в амбулаторных условиях за единицу объема в системе ОМС учтены расходы, связанные с оказанием необходимых лабораторных и диагностических исследований, 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), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

4. При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (законченный случай) с указанием дат каждой процедуры и расчетом стоимости законченного случая по количеству выполненных услуг.

5. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

II.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.1.Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарах условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) (перечень МО в приложении №3 к Соглашению) установлены:

а) 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;

б) 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, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 21 к Соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

2.2.Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется инструкцией по применению клинико-статистических групп для оплаты законченных случаев лечения в круглосуточном и дневном стационарах в системе обязательного медицинского страхования Псковской области на 2023 год, разработанной на основании Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования МЗ РФ и ФФОМС.

II.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

3.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в медицинских организациях (перечень МО в приложении №4 к Соглашению) установлены:

а) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

б) 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением №21 к Соглашению, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

3.2.Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется инструкцией по применению клинико-статистических групп для оплаты законченных случаев лечения в круглосуточном и дневном стационарах в системе обязательного медицинского страхования Псковской области на 2023 год.

II.4. Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

4.1. 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):

а) по подушевому нормативу финансирования;

б) 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 МО с оплатой по подушевому нормативу в приложении №5 к Соглашению и перечень МО, не имеющих прикрепившихся лиц в приложении №6 к Соглашению.

4.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, расходы на проведение тромболизиса в соответствии с установленной единицей объема – услуга, за исключением:

-расходов направляемых на оплату услуг скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации медицинскими работниками экстренных консультативных бригад;

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

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

1.1.Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется на основании части 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (совместное письмо Министерства здравоохранения), методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию, установленной разделом X1 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019 года №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

1.2.В части медицинской помощи, оказываемой в ***амбулаторных условиях*** установить:
1.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы в расчете на одно застрахованное лицо в год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС– 5898,1 рубля.

1.2.2. Базовый подушевой норматив финансирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, определен в сумме 1787,81 рубля в год.

1.2.3.Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (приложение №1.1к Соглашению).

1.2.4. Утвердить подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в разрезе МО с учетом утвержденных коэффициентов (приложение №7 к Соглашению).

1.2.5.Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение, комплексное посещение) применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных и межучрежденческих расчетов (приложения №8, №8.1, №9, №10, №10.1 №11, №11.1, №12 к Соглашению).

1.2.6.Норматив финансирования фельдшерско-акушерских пунктов (далее ФАП), при условии их соответствия требованиям, установленным правовым актом Минздрава России, определяется исходя из установленных Программой нормативов с учетом численности обслуживаемого населения из расчета на год в том числе:
-фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей-1174,2 тыс. рублей, относится к 1 группе с понижающим коэффициентом 0,5;
-фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей-1174,2 тыс. рублей – 1 группа;
-фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей- 1860,3 тыс. рублей- 2 группа;
-фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей- 2088,9 тыс. рублей- 3 группа;
-фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше 2000 жителей-2088,9 тыс. рублей относится к 3 группе – с повышающим коэффициентом 1,2.
Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, установленным правовым актом Минздрава России рассчитывается с применением коэффициента 1,0.
Не соответствующих требованиям в части укомплектования кадрами:
а) для ФАПов, относящихся к 1 группе:
-при укомплектовании ставки фельдшера до 0,5 ставки – К-ф -0,5;
-при укомплектовании ставки фельдшера от 0,5 до 1,0 ставки –К-ф -0,8;

-при неукомплектовании ставки санитара или укомплектовании менее 0,5 ставки- К-ф - 0,95;

б) для ФАПов, относящихся ко 2 группе:

-при укомплектовании ставки фельдшера до 0,5 ставки – К-ф -0,5;

-при укомплектовании ставки фельдшера от 0,5 до 1,0 ставки –К-ф -0,8;

-при неукомплектовании ставки санитара - К-ф -0,9;

-при укомплектовании ставки санитара менее 1,0 ставки- К-ф -0,95;

-при неукомплектовании ставки акушера – К-ф – 0,7;

-при укомплектовании ставки акушера менее 1,0 ставки- К-ф -0,8;

в) для ФАПов, относящихся к 3 группе:

-при укомплектовании ставки фельдшера до 0,5 ставки – К-ф -0,5;

-при укомплектовании ставки фельдшера от 0,5 до 1,0 ставки –К-ф -0,8;

-при неукомплектовании ставки санитара - К-ф -0,9;

-при укомплектовании ставки санитара менее 1,0 ставки- К-ф -0,95;

-при неукомплектовании ставки акушера – К-ф – 0,7;

-при укомплектовании ставки акушера менее 1,0 ставки- К-ф -0,8;

-при укомплектовании ставки акушера от 1,0 до 1,5 ставок- К-ф -0,9.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

1.2.7. Утвердить классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (приложение №23).

1.3.В части медицинской помощи, оказываемой в ***условиях круглосуточного стационара*** установить:

1.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС–6344,9 рубля.

1.3.2. Перечень КСГ с коэффициентами относительной затратоемкости (приложение №13 к Соглашению).

1.3.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (приложение №14 к Соглашению).

1.3.4. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ в том числе:

-коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи:

Медицинские организации 1 уровня – k- 0.9;

Медицинские организации 2 уровня (1 подуровень) – k- 1,0;

Медицинские организации 2 уровня (2 подуровень) – k- 1,05;

Медицинские организации 2 уровня (3подуровень) – k -1,11;

Медицинские организации 3 уровня (1 подуровень) – k- 1,2;

Медицинские организации 3 уровня (2 подуровень) – k- 1,3;

-коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) в стационаре (приложение №15 к соглашению).

1.3.5. Особенности оплаты по КСГ отражены в приложении №21 к Соглашению.

1.3.6. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение №16 к Соглашению).

1.4. В части медицинской помощи, оказываемой в ***условиях дневных стационаров*** установить:

1.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 1589,2 рубля.

1.4.2. Перечень КСГ с коэффициентами относительной затратоемкости (приложение №17 к Соглашению).

1.4.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (приложение №17.1 к Соглашению).

1.4.4.Поправочные коэффициенты в том числе:

-коэффициент уровня оказания медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах:

Медицинские организации 1 уровня (1 подуровнь) – k- 0,85;

Медицинские организации 1 уровня (2 подуровнь) – k- 0,90;

Медицинские организации 1 уровня (3 подуровнь) – k- 1,0;

Медицинские организации 2 уровня (1 подуровень) – k- 0,96;

Медицинские организации 2 уровня (2 подуровень) – k- 1,0;

Медицинские организации 2 уровня (3 подуровень)– k- 1,1.»

1.4.5. Особенности оплаты по КСГ отражены в приложении №21 к Соглашению.

1.5.В части ***скорой медицинской*** помощи, оказываемой вне медицинской организации установить:

1.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС –927,5 рубля.

1.5.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, тарифы за вызов и вызов с тромболизисом, в том числе для межтерриториальных расчетов (приложения№ 19, №19.1к Соглашению).

1.5.3. Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи определен в сумме – 924,72 рубля на год;

1.5.4. Утвердить половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (приложение №22).

1.6. В состав тарифов на оплату скорой медицинской помощи включены расходы на:

- финансовое обеспечение денежных выплат врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

- финансовое обеспечение расходов, необходимых МО для планового содержания персонала по обеспечению экстренных консультативных выездов.

1.7. Установить структуру тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с территориальной Программой ОМС Псковской области в части базовой программы ОМС по направлениям расходования средств:

1.7.1. Расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;

1.7.2. Приобретение лекарственных средств и расходных материалов;

1.7.3. Приобретение продуктов питания;

1.7.4. Прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение 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 (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) 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.

1.8. При невозможности МО оказать застрахованному гражданину необходимые для диагностики и лечения медицинские услуги в соответствии с Программой ОМС, медицинская организация направляет пациента и/или биологические и иные материалы для исследования в другие медицинские организации для выполнения этих услуг и исследований. Оплата услуг и/или исследований производится по договорам, заключенным между медицинскими организациями.

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

1.1.Взаимодействие между участниками и субъектами ОМС осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами РФ, регламентирующими ОМС, нормативными документами ФФОМС, заключенными между участниками ОМС договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
ТФОМС производит финансирование СМО по дифференцированному подушевому нормативу финансирования. Относительные коэффициенты половозрастных затрат, для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования страховой медицинской организации установлены в Приложении №24 к Тарифному соглашению.

1.1.1. Контроль объемов осуществляется ТФОМС:
-по скорой медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу в пределах финансовых средств на месяц;
-по скорой медицинской помощи, оплачиваемой за вызов в пределах финансовых средств на квартал;
-по амбулаторной помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в пределах предельного объема финансирования на месяц и в соответствии с Порядком (приложение №18) к тарифному соглашению;
-по амбулаторной помощи, оказываемой в МО, не имеющих прикрепленного населения,в пределах финансовых средств на квартал;
-по профилактическим мероприятиям и диспансерному наблюдению в пределах финансовых средств на год;
-по неотложной медицинской помощи в пределах финансовых средств на квартал;
-по стоматологической медицинской помощи в пределах финансовых средств на квартал;
-по помощи, оказываемой в круглосуточном и в дневном стационаре контроль осуществляется в рамках общей стоимости КСГ по виду помощи на квартал;
-по высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в круглосуточном стационаре, в пределах общей стоимости ВМП на полугодие;
-по диагностическим медицинским услугам в рамках финансовых средств на квартал;
-по углубленной диспансеризации в рамках финансовых средств на год;
-по медицинским услугам гемодиализа в рамках финансовых средств на полугодие;
-по экстракорпоральному оплодотворению в рамках финансовых средств на год.
Экономия финансовых средств, после оплаты услуг, оказанных в стационаре, дневном стационаре, амбулаторных условиях переносится на следующий отчетный период.

1.2.Медицинская организация несет ответственность перед Фондом и СМО за достоверность предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь и сведений представленных в реестрах счетов пролеченных больных, в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с порядком, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.3.На основании представленных МО реестров счетов ТФОМС и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с порядком, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.4. Медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, оплачивается СМО в полном объеме в пределах плановых финансовых средств, с учетом требований пунктов 1.1.1 Раздела IV.

К оплате принимается фактическая стоимость медицинской помощи в пределах планового финансового задания, установленного решением комиссии по разработке территориальной Программы ОМС. Не подлежат оплате случаи, предъявленные сверх распределенного планового финансового задания, путем применения кода 1.6.3 к услугам. Сумма исключаемых случаев должна быть не менее или равна сумме превышения.

1.5. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказанная медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, за исключением профилактических мероприятий и стоматологических услуг, оплачивается СМО в пределах плановых финансовых средств, определенных на квартал в целом по виду помощи.

При превышении плановой стоимости амбулаторной медицинской помощи, не подлежат оплате случаи, предъявленные сверх распределенного планового финансового задания, путем применения кода 1.6.3 к услугам. Сумма исключаемых случаев должна быть не менее или равна сумме превышения.

1.6.Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты оказанной медицинской организацией медицинской помощи, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

1.7.Перечень обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества указан в приложении №20 к Соглашению.

V. Заключительные положения

1.1.Расходование средств ОМС медицинскими организациями производится в соответствии со структурой тарифа на оплату медицинской помощи. Расходование средств ОМС медицинской организацией на цели, не предусмотренные настоящим Соглашением, является нецелевым использованием средств ОМС. При установлении Фондом фактов нецелевого расходования средств ОМС медицинской организацией, медицинская организация в соответствии с требованием Фонда обязана восстановить эти средства в соответствии с действующим законодательством.

1.2.Годовые согласованные объемы медицинской помощи формируются:

1.3.
-Для амбулаторной помощи – в обращениях по поводу заболевания, посещениях с профилактической и иными целями, посещениях при оказании медицинской помощи в неотложной форме, комплексных посещениях по профилактическим мероприятиям и диспансерному наблюдению, медицинских услугах;

- Для стационарной помощи – в случаях госпитализации (КСГ);

- Для медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов – в случаях лечения (КСГ).

- Для скорой медицинской помощи – в вызовах.

1.4. Комиссия в соответствии с Порядком распределения плановых объемов и финансовых заданий между медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС распределяет объемы предоставления медицинской помощи и финансовые средства между медицинскими организациями в рамках стоимости территориальной программы ОМС и доводит до страховой медицинской организации и медицинских организаций.

1.5. Комиссия, в случае необходимости, в рамках территориальной программы ОМС проводит корректировку плановых объемов и стоимости медицинской помощи, в разрезе одной медицинской организации или между медицинскими организациями.

1.6. При увеличении показателей доходной части бюджета ТФОМС, наличии неиспользованных средств, запланированных на оплату медицинских услуг в рамках территориальной Программы ОМС, а также при невыполнении доходов бюджета ТФОМС комиссия принимает решение об изменении тарифов.

1.7. В случае невыполнения медицинскими организациями объемов медицинской помощи, определенных планами-заданиями на предоставление медицинских услуг, выплата заработной платы и финансирование других статей, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, на невыполненный объем не являются обязательством системы ОМС.

1.8. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента его подписания и действует до принятия нового.

1.8.1.Настоящее Соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения с момента их подписания Сторонами.

1.8.2. Настоящее Соглашение составлено в пяти экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон.

1.9. Приложения №1-№24 являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

Подписи сторон:

Председатель комитета по здравоохранению _____ М.В.Гаращенко

Директор территориального фонда ОМС
Псковской области _____ В.К.Альбова

Член Псковской региональной общественной
организации «Медицинская палата» _____ Г.И.Неваленная

Директор страховой медицинской
организации АО «МАКС-М» филиал в г. Пскове _____ А.Н.Шашина

Председатель Псковской областной организации
Профсоюзов работников здравоохранения РФ _____ А.Н.Шундер