

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования
Ямало-Ненецкого автономного округа

г. Салехард

24 декабря 2019 года

I. Общие положения

1. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Тарифное соглашение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н (далее – Правила ОМС), Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 года № 1610 (далее – Программа государственных гарантий), Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – территориальная программа государственных гарантий), Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 года № 36 (далее – Порядок проведения контроля), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2018 года № 247, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, являющимися приложением к письму Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 декабря 2019 года № 11-7/И/2-11779/17033/26-2/и, на основании постановления Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 октября 2011 года № 743-П «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа».

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление:

порядка и способов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, применяемых в Ямало-Ненецком автономном округе (далее – автономный округ);

размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС) и порядка их применения;

размеров неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3. Настоящее Тарифное соглашение заключено между представителями Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Комиссия):

председателем Комиссии;

департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (далее - Департамент);

территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее - Фонд);

страховыми медицинскими организациями, функционирующими в сфере обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее - СМО);

медицинскими организациями, функционирующими в сфере обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее - МО);

окружной общественной организацией «Ямальское общество врачей»;

профсоюзом работников здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа.

4. В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие определения:

Плановое задание - плановый годовой объем медицинской помощи, предоставляемый медицинской организацией в рамках территориальной программы ОМС, и годовой объем финансового обеспечения, распределенные решением Комиссии по условиям оказания медицинской помощи, по кварталам и страховым медицинским организациям.

Законченный случай лечения в стационарных условиях (условиях дневного стационара) - случай оказания медицинской помощи, включающий совокупность медицинских услуг, предоставленных пациенту в условиях стационара (дневного стационара) в виде диагностических, лечебных, реабилитационных и консультативных медицинских услуг от момента поступления до момента выписки пациента, подтвержденный первичной медицинской документацией.

Прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара - случай оказания медицинской помощи без достижения клинического результата по причине перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения или по инициативе медицинской организации, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа. К прерванным случаям также относятся случаи оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее - КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения). В базовой ставке предусмотрен коэффициент дифференциации, учитывающий применение на территории Ямало-Ненецкого автономного округа районного коэффициента и процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг. Коэффициент дифференциации, рассчитан в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012

года № 462 «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».

Коэффициент относительной затратоемкости - устанавливаемый для каждой клинико-статистической группы заболеваний на федеральном уровне и отражает отношение ее затратоемкости к базовой ставке.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - коэффициент, учитывающий различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

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

Коэффициент сложности лечения пациентов - коэффициент, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи в связи со сложностью лечения пациента. Коэффициент применяется к стоимости КСГ в стационарных условиях и условиях дневного стационара в отдельных случаях и размерах, установленных настоящим Тарифным соглашением.

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях - размер средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации - размер средств на осуществление деятельности медицинской организации в расчете на одно застрахованное лицо территории обслуживания станции (отделения) скорой медицинской помощи.

Дифференцированный подушевой норматив - объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, предусматривающий различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста.

Прикрепившиеся лица - застрахованные лица, реализовавшие право выбора медицинской организации для оказания медицинской помощи в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Обслуживаемые лица - застрахованные лица, обслуживаемые по месту жительства либо месту страхования медицинской организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, и включенные Фондом в реестр застрахованных лиц.

Обращение по поводу заболевания - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Законченный случай диспансеризации, профилактического медицинского осмотра – комплексный осмотр врачей-специалистов и проведение лабораторных и функциональных исследований в объеме, установленном порядком проведения диспансеризации, медицинского осмотра граждан, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (законченный случай лечения, посещение, медицинская услуга, вызов), уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС.

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

6. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях лицам, застрахованным в Ямало-Ненецком автономном округе, осуществляется СМО в соответствии с настоящим Тарифным соглашением в объеме, установленном территориальной программой ОМС.

7. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Ямало-Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации (далее – межтерриториальные расчеты), осуществляется Фондом за счет средств нормированного страхового запаса в соответствии с настоящим Тарифным соглашением в объеме, установленном базовой программой ОМС.

8. Оплата медицинской помощи осуществляется СМО в пределах плановых объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения, установленных медицинским организациям Комиссией по условиям оказания медицинской помощи в расчете на квартал, полугодие, 9 месяцев, год.

Оплата объемов медицинской помощи медицинским организациям, сверх утвержденных Комиссией на соответствующий период, осуществляется СМО по решению Комиссии, принятому в связи с обоснованным обращением медицинской организации, направленным в соответствии с п.151 Правил ОМС.

Оплата объемов высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями сверх утвержденных Комиссией на соответствующий квартал, осуществляется СМО в пределах годовых объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения.

Оплата объемов медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях стационара, дневного стационара, в амбулаторных условиях (включая услуги компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, телемедицинского консультирования), сверх утвержденных Комиссией на соответствующий квартал, осуществляется СМО в пределах годовых объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения.

9. При необходимости Комиссией (рабочей группой, созданной из членов Комиссии) производится обоснованная корректировка объемов медицинской помощи.

Предложения по внесению изменений в плановое задание рассматриваются Комиссией (рабочей группой) не реже одного раза в квартал.

10. Оплата медицинской помощи осуществляется СМО (Фондом) на основании предъявленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи (далее – реестры) по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

11. Оплата медицинской помощи производится СМО в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

12. СМО оплачивает реестры из целевых средств на оплату медицинской помощи, полученных от Фонда по заявке. При недостатке у СМО целевых средств на оплату медицинской помощи, полученных по заявкам, средства предоставляются из нормированного страхового запаса Фонда в соответствии с порядком, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

При недостатке средств нормированного страхового запаса СМО осуществляет оплату медицинской помощи по медицинским организациям пропорционально объему средств, поступивших из нормированного страхового запаса Фонда.

13. В случае прекращения действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, СМО оплачивает медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, лечение которых было начато в период действия договора.

В случае если гражданин сменил СМО в течение периода лечения, оплату производит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Ямало-Ненецком автономном округе

13. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

13.1 Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется следующими способами:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований,

гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

13.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), установлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

13.3. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) установлен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

13.4. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения и размер их финансового обеспечения, установлены в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

13.5. Перечень медицинских организаций и их подразделений, отвечающий условиям для установления коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинским организациям лиц 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 установлены в приложении 4 настоящему Тарифному соглашению.

13.6. Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, определяется на основании объема финансового обеспечения, предусмотренного территориальной программой ОМС и численности застрахованных лиц.

В расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц включаются расходы на финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (включая первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную), оказываемой в амбулаторных условиях в плановом порядке, в том числе:

а) посещения с иными целями, в том числе:

посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

разовые посещения в связи с заболеваниями;

посещения центров здоровья;

посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

посещения центров амбулаторной онкологической помощи (за исключением комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в центрах амбулаторной онкологической помощи);

осмотров перед проведением профилактических прививок;

медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

обязательного диагностического исследования и оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу;

посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами;

б) обращений в связи с заболеваниями.

13.7. В расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение:

комплекса мероприятий по проведению диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения, порядки которых установлены нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, в том числе, осуществляемые мобильными медицинскими бригадами;

посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

отдельных медицинских услуг: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

стоматологической медицинской помощи, в том числе в неотложной форме;

медицинской помощи, оказываемой за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным на территории Ямало-Ненецкого автономного округа.

13.8. Размер финансового обеспечения медицинской организации определяется в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, являющейся приложением 8 к настоящему Тарифному соглашению.

13.9. Базовый подушевой норматив финансирования, коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива, дифференцированный подушевой норматив финансирования при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены настоящим Тарифным соглашением.

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях учитывают различия в затратах на оказание медицинской помощи по полу и возрасту, различия на содержание медицинских организаций и оплату труда, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых медицинской организацией территорий, а также, учитывают достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, установлены в приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению.

13.10. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования осуществляется СМО с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и авансирования МО.

13.11. Оплата 2 этапа диспансеризации осуществляется за осмотры и исследования, выполненные с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

13.12. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный), комплексное посещение осуществляется в следующих случаях:

- при оказании медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- при проведении диспансеризации определенных групп населения;

- при проведении профилактических медицинских осмотров определенных групп населения;

- при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

- при оказании отдельных медицинских услуг: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

- при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

- при оказании стоматологической медицинской помощи, в том числе в неотложной форме;

- при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

13.13. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи осуществляется за фактическое количество медицинских услуг, посещений, обращений (законченных), комплексных посещений по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением в пределах объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения, установленных решением Комиссии.

13.14. Оплата медицинской помощи, оказанной мобильными медицинскими бригадами, осуществляется по утвержденным тарифам на посещения, обращения и медицинские услуги с применением повышающего коэффициента в размере 1,2.

13.15. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 года № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического

медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10 августа 2017 года № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15 февраля 2013 года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11 апреля 2013 года № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Ограничения по объемам медицинской помощи в рамках проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определенных групп населения не устанавливаются.

13.16. Оплата случаев оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией пациента, осуществляется как посещение в неотложной форме к врачам соответствующих специальностей по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

13.17. Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях устанавливаются на посещение с иными целями, на посещение в неотложной форме, на обращение по поводу заболевания, на отдельные медицинские услуги, на комплексное посещение при проведении диспансеризации, на комплексное посещение при проведении профилактического медицинского осмотра, на исследования компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, на условную единицу трудоемкости по стоматологической медицинской помощи.

При проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами или проведении указанных мероприятий в выходные дни к тарифам на 1 комплексное посещение по профилактическим медицинским осмотрам и на 1 комплексное посещение по диспансеризации применяется коэффициент 1,2.

13.18. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий в реестрах оказанной медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифам за услугу, установленным в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению, с кодами медицинской услуги «A23.30.099.005 Телемедицинское консультирование врачом-специалистом» и/или «A23.30.099.007 Телемедицинское консультирование консилиумом врачей по профилю медицинской помощи «онкология».

13.19. Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях предусматривают компенсацию затрат как на посещение (обращение) специалиста определенного профиля, так и распределенные по профильным посещениям расходы на проведение лечебных манипуляций, медицинских услуг вспомогательной и лечебно-диагностической службы, за исключением исследований, на которые настоящим Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

13.20. Случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях выставляются к оплате по факту завершения оказания медицинской помощи (посещение, обращение (законченный случай)).

Случаи лечения, прерванные по причине неявки пациента на прием в назначенную дату представляются к оплате в реестре с результатом обращения - «Лечение прервано по инициативе пациента».

Случаи лечения, прерванные по причине неявки пациента на прием в назначенную дату представляются к оплате в реестре отчетного периода, при этом датой завершения случая является дата последнего посещения (обращения), зарегистрированного в учетной документации.

В случае, если дата последнего посещения, зарегистрированного в учетной документации, относится к предыдущему отчетному периоду и находится в интервале последних 10 календарных дней месяца, предшествовавшего отчетному, то такой случай подается в реестрах отчетного месяца и оплачивается в соответствии с действующими тарифами.

13.21. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (состояний) врачами разных специальностей формируются два и более случая.

13.22. Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, при наличии медицинских показаний.

13.23. Не подлежат оплате за счет средств ОМС:

случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;

консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;

работа комиссии при военкоматах;

повторное обращение пациента в течение одного дня к врачу одной специальности в одной и той же медицинской организации, за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи и медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

консультации амбулаторных пациентов врачами стационаров, не ведущими самостоятельного амбулаторного приема;

амбулаторные посещения в период пребывания пациента в стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, телемедицинского консультирования);

медицинское освидетельствование граждан в целях определения годности к военной службе;

случаи оказания медицинской помощи, компенсация затрат, по которым предусмотрена в составе тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС: посещения

врачей вспомогательных отделений, кабинетов (в рентгеновских кабинетах, лабораториях, физиоотделениях, кабинетах ультразвуковой диагностики, отделениях лечебной физкультуры и т. п.);

случаи оказания медицинской помощи (в том числе медицинские осмотры граждан), не входящие в территориальную программу ОМС и подлежащие оплате в соответствии с законодательством за счет других источников (средства бюджетов, средства работодателей, платные услуги и др.).

13.24. Законченный случай лечения в стоматологии – это обращение застрахованного лица, в которое может быть включено законченное лечение одного или нескольких зубов (сегментов челюсти), оформленное в одной первичной учетной документации. Оформление двух и более случаев на 1 посещение врача не допускается.

13.25. Оплата стоматологической помощи осуществляется за посещение с профилактическими и иными целями, посещение в неотложной форме, обращение по поводу заболевания полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования), в пределах объемов медицинской помощи и финансового обеспечения, установленных решением Комиссии.

Стоимость случая оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях формируется исходя из фактического объема оказанных медицинских услуг, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ) и установленных тарифов за 1 УЕТ.

13.26. Учет выполненных объемов в УЕТ осуществляется в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представленном в приложении 16 настоящего Тарифного соглашения.

13.27. Не подлежат оплате за счет средств ОМС:

ортопедическая помощь населению;

ортодонтическая помощь взрослому населению;

ортодонтическая помощь детскому населению с использованием брекет-систем;

имплантология;

консультации, рентгенографическое обследование, лабораторные исследования и т.д., по направлениям медицинских организаций (частнопрактикующих врачей), не функционирующих в сфере ОМС.

13.28. Стоматологическая медицинская помощь, оказываемая пациентам, одновременно находящимся на амбулаторном лечении у врачей других специальностей или находящимся на лечении в условиях дневного стационара, предъявляется к оплате отдельно по утвержденным тарифам УЕТ в стоматологии.

Пациентам, находящимся на лечении в условиях стационара по основному заболеванию, стоматологическая медицинская помощь оказывается в неотложной форме и предъявляется к оплате отдельно в рамках амбулаторного лечения по утвержденным тарифам УЕТ в стоматологии с соответствующей записью в первичной медицинской документации.

14. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

14.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется следующими способами:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу 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 или по инициативе медицинской организации, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу видов высокотехнологичной медицинской помощи.

14.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, установлен в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

14.3. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, определяется по следующей формуле и округляется до целого числа:

$$СС_{кcg} = БС * КЗ_{кcg} * КУС_{мо} * КСЛП \quad (2)$$

БС – базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях с учетом коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу (КД=2,433).

КЗ_{кcg} – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУС_{мо} – коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, применяемый к случаям оказания медицинской помощи.

14.4. В отдельных случаях к базовой ставке финансового обеспечения медицинской помощи применяется коэффициент сложности лечения пациентов, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам. КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых определен в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

14.4.1 Перечень КСГ, к которым не применяется КСЛП по определенным критериям (возраст пациента, функциональная зависимость пациента), установлен в приложении 28 к настоящему Тарифному соглашению.

14.4.2 Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, за исключением КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней. Перечень КСГ указан в приложении 28 настоящего Тарифного соглашения.

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней по следующей формуле:

$$КСЛП = 1 + (ФКД - НКД) / НКД * Кдл \quad (3)$$

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней);

Кдл – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание и частично на другие статьи расходов. Кдл для профильных отделений принимается - 0,25, для реанимационных отделений – 0,4.

14.4.3. При применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП, суммарное значение КСЛП определяется по следующей формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_n - 1) \quad (4)$$

Значение КСЛП по одному законченному случаю лечения суммарно не может превышать уровень 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации.

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

14.5. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи не применяется к отдельным клинико-статистическим группам, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания медицинской помощи.

Перечень КСГ, к которым не применяется уровень оказания медицинской помощи, указаны в приложении 28 настоящего Тарифного соглашения.

14.6. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ установлены в приложении 28 настоящего Тарифного соглашения, коэффициенты уровня оказания медицинской помощи установлены в приложении 29 настоящего Тарифного соглашения.

14.7. Правила отнесения законченного случая лечения в КСГ осуществляется на основе совокупности классификационных критериев, установленных Инструкцией по группировке случаев, являющейся приложением 27 к настоящему Тарифному соглашению.

14.8. Размер оплаты прерванных случаев установлен в приложении 28 к настоящему Тарифному соглашению и составляет:

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

К прерванным случаям также относятся случаи оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

14.9. Оплата случаев госпитализации, для которых **оптимальный срок лечения составляет 3 дня и менее**, осуществляется в полном объеме и установлен в приложении 28 к настоящему Тарифному соглашению.

14.10. При переводе пациента с заболеванием, относящимся к одному классу МКБ-10 в пределах стационара из одного отделения в другое, оплата осуществляется в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При переводе пациента в рамках одного случая лечения в пределах стационара из одного отделения в другое, **оплата осуществляется по двум КСГ в случае:**

- если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания;

- пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением;

- пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при медицинской помощи по следующим диагнозам МКБ-10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2;

- проведения медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение.

- проведения этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

- связанном с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами в приложении 27 к настоящему Тарифному соглашению. Указанные случаи подлежат обязательной медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

14.11. В тариф КСГ на оплату случаев госпитализации по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в родильном или акушерском отделении медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты КСГ по профилю «Неонатология».

14.12. При оказании пациенту медицинской помощи в условиях стационара с одновременным проведением услуг диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу соответствующей КСГ в рамках одного случая лечения и дополнительно за фактически выполненные услуги диализа. Базовые тарифы на оплату услуг диализа, коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые к базовым тарифам, установлены в приложении 33 Тарифного соглашения.

К тарифам на услуги диализа не применяются коэффициент уровня оказания медицинской помощи и коэффициент сложности лечения пациента.

14.13. Оплата случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом 1 приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

14.14. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены приложением 31 к настоящему Тарифному соглашению.

14.15. При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующему тарифу КСГ.

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, при продолжении лечения в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи, указанный случай оплачивается по соответствующему тарифу КСГ и предъявляются отдельными случаями лечения.

14.16. При расчете фактической длительности госпитализации в стационарных условиях день поступления в стационар и день выписки из стационара считаются одним днем. Период лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии входит в фактическую длительность госпитализации.

В случае лечения, начавшегося и закончившегося в один и тот же день, фактическая длительность госпитализации учитывается как 1 день.

14.17. Время пребывания пациента в стационаре после окончания стационарного случая лечения (по социальным показаниям) за счет средств ОМС не оплачивается. Случай должен быть закончен лечением основного заболевания с соответствующей отметкой в первичной медицинской документации.

15. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов

15.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, осуществляется:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинικο-статистическую группу 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 или по инициативе медицинской организации, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

15.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов, установлен в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

15.3. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, определяется по следующей формуле и округляется до целого числа:

$$СС_{КСГ} = БС * КЗ_{КСГ}$$

(5)

БС – базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневных стационаров с учетом коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу - 2,433;

КЗкст – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

15.4. Правила отнесения случая лечения в КСГ осуществляется на основе совокупности классификационных критериев, установленных Инструкцией по группировке случаев, являющейся приложением 27 к настоящему Тарифному соглашению.

15.5. Размер оплаты прерванных случаев установлен в приложении 32 к настоящему Тарифному соглашению и составляет:

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90 % от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

К прерванным случаям также относятся случаи оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

15.6. Оплата случаев лечения, для которых **оптимальный срок лечения составляет 3 дня и менее**, осуществляется в полном объеме и установлен в приложении 32 к настоящему Тарифному соглашению.

15.7. Оплате по двум КСГ подлежат случаи лечения пациента в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, при оказании медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации.

15.8. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи, коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ установлены в приложении 32 к настоящему Тарифному соглашению.

15.9. При оказании пациенту медицинской помощи в условиях дневного стационара с одновременным проведением услуг диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу соответствующей КСГ в рамках одного случая лечения и дополнительно за фактически выполненные услуги диализа. Базовые тарифы на оплату услуг диализа, коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые к базовым тарифам, установлены в приложении 33 Тарифного соглашения.

15.10. При расчете фактических дней лечения в условиях дневных стационаров первым днем считается день начала оказания медицинской помощи, последним – день окончания ее оказания.

15.11. В целях исключения дублирования медицинских услуг, а также соблюдения установленного порядка статистического учета дней лечения, в случае перевода пациента из стационара на долечивание в дневной стационар, днем поступления в дневной стационар считать следующий день после выписки пациента из стационара.

16. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

16.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи и в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

16.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, установлен в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

16.3. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, определяется на основании объема финансовых средств, предусмотренных территориальной программой ОМС на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, и численности обслуживаемого застрахованного населения.

При расчете базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи не учитываются средства на финансовое обеспечение:

скорой медицинской помощи с применением антитромботических средств;
медицинской помощи, оказываемой за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным на территории Ямало-Ненецкого автономного округа.

16.4. Базовый подушевой норматив финансирования, средневзвешенный коэффициент дифференциации подушевого норматива, дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи установлены настоящим Тарифным соглашением.

16.5. Размер финансового обеспечения медицинской организации определяется в соответствии с Методикой расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, являющейся приложением 34 к настоящему Тарифному соглашению.

16.6. Оплата скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования осуществляется СМО с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и авансирования МО.

16.7. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной пациентам при остром коронарном синдроме с проведением тромболитической терапии, осуществляется за фактическое количество вызовов по тарифу, установленному настоящим Тарифным соглашением.

Тариф вызова с применением антитромботических средств включает расходы на вызов скорой медицинской помощи и расходы на лекарственные средства для проведения тромболитической терапии.

16.8. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется Фондом за фактическое количество вызовов по тарифу, установленному Тарифным соглашением.

16.9. Не подлежат оплате за счет средств ОМС дежурства бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий: спортивных, культурных и других.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

17. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил ОМС.

18. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС.

19. При изменении тарифа в период лечения пациента по всем видам помощи оплата производится по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением на дату завершения случая оказания медицинской помощи пациенту.

20. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

20.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет – 13 888,98 рублей.

20.2. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяемый для видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, составляет 7 364,35 рубля.

20.3. Коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива, дифференцированный подушевой норматив финансирования при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, установлены в приложениях 10 и 11 к настоящему Тарифному соглашению.

20.4. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи:

а) тарифы посещений с иными целями, посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме, обращений в связи с заболеваниями (законченный случай) в амбулаторных условиях, установлены в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению;

б) тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, проводимые в амбулаторных условиях, установлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению;

в) тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий установлены в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению;

г) тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи (УЕТ) установлены в приложении 15 к настоящему Тарифному соглашению;

д) тарифы комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды установлены в приложениях 17-20 к настоящему Тарифному соглашению;

е) тарифы осмотров и исследований при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения установлены в приложении 21 к настоящему Тарифному соглашению;

ж) тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в

трудной жизненной ситуации установлены в приложении 22 и 23 к настоящему Тарифному соглашению;

з) тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью установлены в приложении 24 и 25 к настоящему Тарифному соглашению;

и) тарифы осмотров и исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних установлены в приложении 26 к настоящему Тарифному соглашению.

21. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

21.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС составляет – 18 416,61 рублей.

21.2. Перечень клинико-статистических групп, базовая ставка финансового обеспечения, коэффициенты относительной затратно-емкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях, установлены в приложении 28 к настоящему Тарифному соглашению.

21.3. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях установлены в приложении 29 к настоящему Тарифному соглашению.

21.4. Коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые к отдельным случаям оказания медицинской помощи в стационарных условиях установлены в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

21.5. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, установлены в приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению.

22. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров

22.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет – 3 758,80 рублей.

22.2. Перечень клинико-статистических групп, базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затратно-емкости для определения стоимости медицинской помощи в условиях дневных стационаров, установлены в приложении 32 к настоящему Тарифному соглашению.

22.3. Базовые тарифы на оплату услуг диализа, коэффициенты относительной затратно-емкости, применяемые к базовому тарифу, установлены в приложении 33 Тарифного соглашения.

23. Размер тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

23.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет – 2 252,59 рубля.

23.2. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, применяемый для видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, составляет – 2 244,12 рубля.

23.3. Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, дифференцированный подушевой норматив финансирования при оказании скорой медицинской помощи, установлены в приложениях 36 и 37 к настоящему Тарифному соглашению.

23.4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи установлены в приложении 38 к настоящему Тарифному соглашению.

24. Структура тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

24.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включают расходы медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по территориальной программе ОМС. Расходы медицинских организаций, связанные с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов, деятельность которых не включена в территориальную программу ОМС, финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

24.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лабораторий 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.

24.3. При формировании тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС в части оплаты труда работников медицинских организаций предусмотрены средства на осуществление денежных выплат стимулирующего характера:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам);

медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, в том числе старшим; фельдшерам, в том числе старшим фельдшерам и фельдшерам по приему вызовов и передачи их выездной бригаде; акушеркам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи;

фельдшерам, выполняющим работу разъездного характера, заведующим и фельдшерам фельдшерских пунктов;

медицинским сестрам, выполняющим работу разъездного характера и медицинским сестрам фельдшерских пунктов; медицинским сестрам по приему вызовов и передаче их выездной бригаде медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

25. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию осуществляется СМО и Фондом в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 года № 36.

26. Размер средств, подлежащих удержанию с медицинских организаций по результатам экспертиз, определяется СМО и Фондом в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи и перечнем штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленных в приложении 39 к настоящему Тарифному соглашению.

V. Заключительные положения

27. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2020 года.

28. Тарифное соглашение действует до принятия нового Тарифного соглашения.

29. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по решению Комиссии.

Изменения и дополнения оформляются дополнительным соглашением и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента подписания их представителями Комиссии.

30. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2020 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

31. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие приложения:

приложение 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)»;

приложение 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)»;

приложение 3 «Перечень фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения и размер их финансового обеспечения»;

приложение 4 «Перечень медицинских организаций и их подразделений, отвечающий условиям для установления коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинским организациям лиц 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»;

приложение 5 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»;

приложение 6 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов»;

приложение 7 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи»;

приложение 8 «Методика определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

приложение 9 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

приложение 10 «Коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

приложение 11 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской организации, оказываемой медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

приложение 12 «Тарифы посещений с иными целями, при оказании медицинской помощи в неотложной форме, обращений в связи с заболеваниями (законченный случай) в амбулаторных условиях»;

приложение 13 «Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, проводимые в амбулаторных условиях»;

приложение 14 «Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях»;

приложение 15 «Тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях»;

приложение 16 «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях»;

приложения 17 и 18 «Тарифы комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды женщинам и мужчинам в возрасте от 18 до 64 лет включительно»;

приложения 19 и 20 «Тарифы комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды женщинам и мужчинам в возрасте 65 лет и старше»;

приложение 21 «Тарифы осмотров и исследований при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

приложения 22 и 23 «Тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

приложения 24 и 25 «Тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

приложение 26 «Тарифы осмотров и исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

приложение 27 «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

приложение 28 «Базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затратоемкости по клинко-статистическим группам заболеваний по медицинской помощи в стационарных условиях»;

приложение 29 «Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях»;

приложение 30 «Коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые к отдельным случаям оказания медицинской помощи»;

приложение 31 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи»;

приложение 32 «Базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затратоемкости по клинко-статистическим группам заболеваний по медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

приложение 33 «Тарифы на оплату услуг диализа»;

приложение 34 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

приложение 35 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива при оказании скорой медицинской помощи»;

приложение 36 «Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива при оказании скорой медицинской помощи»;

приложение 37 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи»;

приложение 38 «Тарифы на оплату скорой медицинской помощи»;

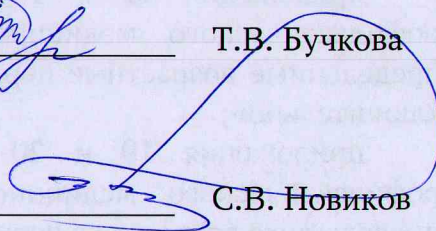
приложение 39 «Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества».

Заместитель Губернатора
Ямало-Ненецкого автономного округа



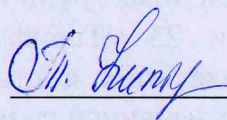
Т.В. Бучкова

Директор департамента здравоохранения
Ямало-Ненецкого автономного округа



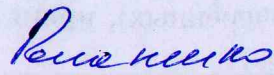
С.В. Новиков

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования
Ямало-Ненецкого автономного округа



Т.А. Никитина

Заместитель директора
Территориального фонда обязательного
медицинского страхования
Ямало-Ненецкого автономного округа



Л.М. Романенко

Представитель окружной общественной
организации «Ямальское общество
врачей»



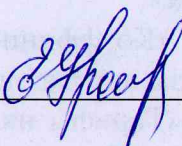
Р.А. Гатаулин

Представитель окружной общественной
организации «Ямальское общество
врачей»



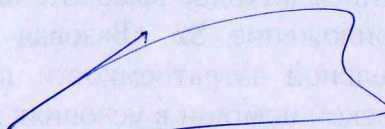
В.В. Баннов

Председатель профсоюза работников
здравоохранения Ямало-Ненецкого
автономного округа



Е.И. Урсова

Генеральный директор акционерного
общества «Государственная
медицинская страховая компания
«Заполярье»



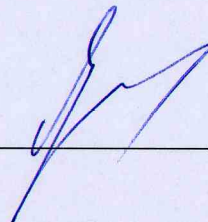
В.Б. Назмутдинов

Генеральный директор акционерного
общества «Медицинская страховая
компания «Новый Уренгой»



С.Л. Лепеха

Главный врач – директор
территориального центра медицины
катастроф государственного бюджетного
учреждения здравоохранения
«Салехардская окружная клиническая
больница»



А.В. Лукинов

