

СОГЛАШЕНИЕ

О ТАРИФАХ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2017 ГОД

(ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2017 ГОД)

**УТВЕРЖДЕНО С 01.01.2017
РЕШЕНИЕМ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ
(протокол от 20.12.2016 №14)**

**ОПУБЛИКОВАНО В СЕТИ «ИНТЕРНЕТ» с 12.01.2017
в соответствии с п.5 ст.30 Федерального закона
от 29.11.2010 № 326-ФЗ
«Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации»**

**РЯЗАНЬ
2017**

СТРУКТУРА ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ

РАЗДЕЛ I. Общие положения.

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

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

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

РАЗДЕЛ V. Заключительные положения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АМП – амбулаторная медицинская помощь.

АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение.

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь.

ЕРЗ – единый регистр застрахованных.

КМП – качество медицинской помощи.

КСГ – клинико-статистическая группа болезней.

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации

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

МО – медицинская организация.

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза.

ОМС – обязательное медицинское страхование.

ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь.

СМО – страховая медицинская организация.

СМП – скорая медицинская помощь.

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

ТС – тарифное соглашение.

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

УЕТ – условная единица трудоемкости.

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

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

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

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи.

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. В соответствии с требованиями Федеральных законов от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в редакциях) и от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакциях), приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (в редакциях) (далее – Правила), приказа ФОМС от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (в редакциях), согласно которым тарифное соглашение заключается между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия), настоящее Соглашение о тарифах на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Рязанской области на 2016 год (далее – Соглашение) заключено на паритетных началах представителями (по 3 специалиста) сторон: Министерства здравоохранения Рязанской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области, страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, Рязанского областного комитета профсоюза работников здравоохранения, медицинских организаций, являющихся членами Комиссии по разработке территориальной программы ОМС населения Рязанской области, утвержденной постановлением Правительства Рязанской области от 21.12.2011 №432 (в редакциях).

1.2. Предмет Соглашения – утверждение способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС в Рязанской области; условий и причин неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества; структуры, средней величины и порядка применения тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС в Рязанской области, а также оснований для их изменения.

1.3. Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС корреспондируются с установленными ТП ОМС усредненными региональными финансовыми нормативами. Объект установления тарифа – единица объема медицинской помощи: обращение по заболеванию; посещение (врача или среднего медицинского работника, ведущего

самостоятельный амбулаторный прием) с профилактической целью и при оказании неотложной медицинской помощи; условная единица трудоемкости (далее – УЕТ) в амбулаторной стоматологии; законченный случай лечения (госпитализации) с оплатой по КСГ; законченный случай лечения (госпитализации) при оказании ВМП; медицинская услуга; подушевой норматив для оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях; подушевой норматив для оплаты скорой медицинской помощи; вызов при оказании скорой медицинской помощи; законченный случай диспансеризации (по категориям населения), законченный случай обследования в центре здоровья и др.

1.4. Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС используются для расчета плановой величины возмещения затрат на оказание медицинской помощи (оплаты медицинской помощи) в рамках с Территориальной программы ОМС в соответствии со способами оплаты медицинской помощи. Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС (далее – Методика) определена с учетом Правил, рекомендаций ФОМС и утверждена Комиссией.

1.5. Оплата медицинской помощи (финансирование) в системе ОМС предусматривает ведение расчетов между СМО и МО, а также между ТФОМС Рязанской области и МО, ТФОМС Рязанской области и другими ТФОМС по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации.

1.6. Для определения половозрастных коэффициентов, применяемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования страховых медицинских организаций (СМО) численность застрахованных лиц распределена на следующие половозрастные группы: от 0-41 года мужчины/женщины; 5-17 лет мужчины/женщины; 18-59 лет мужчины; 18-54 года женщины; 60 лет и старше мужчины; 55 лет и старше женщины.

1.7. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применены половозрастные коэффициенты дифференциации. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц распределена на следующие половозрастные группы: от 0 до 1 года мужчины/женщины; от 1 до 4² лет мужчины/женщины; 5-17 лет мужчины/женщины; 18-59 лет мужчины; 18-54 года женщины; 60 лет и старше мужчины; 55 лет и старше женщины.

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

¹Здесь и далее: 4 года (полных) = 4 года 11 месяцев и 29 (30) дней.

²Здесь и далее: 4 года (полных) = 4 года 11 месяцев и 29 (30) дней.

1.8. Возмещение затрат (оплата) за медицинскую помощь в Рязанской области, оказанную медицинскими организациями по перечню видов ВМП, финансирование которых осуществляется за счет средств ОМС, осуществляется в рамках Территориальной программы ОМС по нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (содержащие методы лечения), установленные соответствующим постановлением Правительства Российской Федерации.

1.9. Возмещение затрат (оплата) за медицинскую помощь застрахованным на территории Рязанской области лицам, оказанную медицинскими организациями вне территории страхования, осуществляется по межтерриториальным расчетам в рамках базовой программы ОМС.

1.10. Тарифы и способы оплаты медицинской помощи едины для государственных и негосударственных медицинских организаций, принимающих участие в выполнении Территориальной программы ОМС в Рязанской области.

РАЗДЕЛ II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

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

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады СМП, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в т.ч. на дому при вызове медицинского работника;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, особенности оплаты прерванных случаев лечения при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации, либо между медицинскими организациями и др., установлены Порядками оплаты отдельных видов и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС в Рязанской области, в соответствии с приложениями к Соглашению.

Порядками регламентируется применение способов оплаты первичной медико-санитарной, специализированной и скорой медицинской помощи,

оказанной:

- в амбулаторных условиях, с перечнем медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив); не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- в стационарных условиях, с перечнем медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;
- в условиях дневного стационара, с перечнем медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара;
- вне медицинской организации, с перечнем медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих СМП вне медицинских организаций, в т.ч. с оплатой по подушевому нормативу финансирования СМП (далее – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи).

В Соглашении представлен перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам.

2.3. Оплата медицинской помощи осуществляется в рамках объемов медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой ОМС на соответствующий год. Применяемые в системе ОМС способы оплаты медицинской помощи способствуют эффективному расходованию средств ОМС, ресурсосбережению, предсказуемости затрат на оплату медицинской помощи, стимулированию реструктуризации сети медицинских организаций путем смещения основного объема медицинской помощи на внегоспитальный (до-, пост-) этап, и оптимизации лечебно-диагностического процесса, повышают уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи.

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

РАЗДЕЛ III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», с изменениями, внесенными приказами Минздрава РФ от 22.03.2013 №160н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», от 20.11.2013 № 859ан «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н».

3.2. Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», с изменениями, внесенными приказом Минздрава РФ от 28.10.2013 № 794н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

3.3. Структура тарифов на оплату медицинской помощи в части базовой программы ОМС устанавливается в соответствии с п. 7 ст. 35 Федерального закона от 39.11.2010 № 326-ФЗ и включает в себя расходы на заработную плату, начисления на выплаты по оплате труда, прочие выплаты; затраты на приобретение лекарственных средств и расходных материалов; затраты на приобретение продуктов питания; затраты на приобретение мягкого инвентаря, затраты по прочим статьям расходования средств, в т.ч.: медицинского инструментария, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.4. В разрезе условий оказания медицинской помощи:

- структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой

взрослому и детскому населению в амбулаторных условиях, в т.ч. стоматологической амбулаторной помощи и скорой медицинской помощи, формируется в соответствии с базовой программой ОМС и включает расходы на заработную плату, начисления на выплаты по оплате труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных и иных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования и др.), 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 (п. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ);

- структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой взрослому и детскому населению в стационарных условиях, в т.ч. при оказании ВМП, и в условиях дневных стационаров, формируется в соответствии с базовой программой ОМС и включает расходы на заработную плату, начисления выплаты по оплате труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных и иных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования и др.), 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 (п. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ).

3.5. Расходование средств ОМС медицинскими организациями осуществляется с учетом структуры тарифов на оплату соответствующего вида, формы и условий оказания медицинской помощи. Участники системы ОМС ведут аналитический учет расходов по средствам ОМС. При невыполнении плановых объемов медицинской помощи недофинансирование медицинских организаций не является обязательством системы ОМС.

3.6. При превышении медицинской организацией плановых объемов медицинской помощи, СМО до осуществления оплаты устанавливают причину превышения (проверка профильности, обоснованности госпитализации в дневной, круглосуточный стационар и др.). При необоснованности превышения медицинской организацией плановых объемов медицинской помощи оплата медицинской помощи осуществляется с применением понижающих коэффициентов по тарифам, структура которых утверждается Комиссией.

3.7. Величина тарифов определяется в соответствии с Методикой и утверждается ТФОМС Рязанской области как стоимость единицы медицинской помощи: обращения, посещения (врача или среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный амбулаторный прием), условной единицы трудоемкости (далее – УЕТ), законченного случая лечения (по стоимости КСГ), медицинской услуги, вызова скорой медицинской помощи, подушевого норматива финансирования амбулаторной и скорой медицинской помощи.

3.8. В расчете тарифов используются плановые объемы медицинской помощи по профилям (специальностям), определяемые по нормативам числа посещений на 1 000 жителей в разрезе специальностей врачей-специалистов, ведущих амбулаторный прием, и средних медицинских работников, ведущих самостоятельный амбулаторный прием, а также с учетом показателей работы койки в круглосуточных и дневных стационарах всех типов. Тарифы на оплату медицинской помощи для конкретной МО являются едиными для всех СМО, осуществляющих ОМС на территории Рязанской области и оплачивающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС.

3.9. Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС определяются в соответствии со стоимостью единицы медицинской помощи на год в целом (усредненная величина) и на дату изменения тарифов, с поправочными коэффициентами, коэффициентами относительной затратно-емкости, по уровням/подуровням медицинских организаций, профилям (специальностям), категориям застрахованных и др. Могут использоваться дифференцирующие коэффициенты: по уровню/подуровню МО, половозрастные, за радиус обслуживания населения, за работу с детским населением, с учетом расходов на содержание медицинских организаций, др.

3.10. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной МО, принимающими участие в выполнении Территориальной программы ОМС в Рязанской области, гражданам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, устанавливаются на уровне региональных тарифов в соответствии с базовой программой ОМС.

3.11. Величина тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями сверх плановых объемов, определенных для них Комиссией на соответствующий год, по результатам экспертизы деятельности этих МО может быть уменьшена по решению Комиссии – путем применения понижающих коэффициентов и (или) исключения из структуры

тарифов расходов на оплату труда, начислений на выплаты по оплате труда, на содержание МО и др., методика применения которых устанавливается Порядком.

3.12. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в Рязанской области, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС;

2) размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу;

3) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов;

4) плановая стоимость медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе МО;

5) половозрастные и другие коэффициенты дифференциации подушевого норматива.

3.13. В части специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях установлены:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС;

2) перечень групп заболеваний – КСГ с указанием коэффициентов относительной затроемкости;

3) величина базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ);

4) поправочные коэффициенты оплаты КСГ: коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи;

5) плановая годовая стоимость специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в разрезе МО;

6) тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов ВМП.

3.14. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара установлены:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС;

2) перечень групп заболеваний – КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости;

3) величина базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ);

4) поправочные коэффициенты оплаты КСГ: управленческий коэффициент, коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара;

5) плановая стоимость медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в разрезе МО.

3.15. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установлены:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС;

2) размер подушевого норматива финансирования СМП;

3) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов СМП), применяемые в т.ч. для осуществления межтерриториальных расчетов;

4) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования СМП и иные коэффициенты.

РАЗДЕЛ IV. ВОПРОСЫ НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

В соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 №230 определены обязательства медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, неисполнение которых, влечет возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, а также санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи.

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 06.08.2015 № 536н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. №158н», изменен порядок расчета и применения санкций к медицинским организациям по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи – в части контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

РАЗДЕЛ V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

5.1. Заключение настоящего Соглашения принимается по решению Комиссии с подписанием присутствующими на заседании, но не менее, чем 2/3 членов Комиссии. Соглашение вступает в силу с момента принятия решения о его заключении и действует в течение установленного периода, либо до принятия решения об отмене Соглашения.

5.2. Соглашение может быть изменено по предложению большинства членов Комиссии. Проект вносимых изменений своевременно доводится до каждого члена Комиссии секретарем в соответствии с действующим законодательством.

Решение о внесении изменений принимается по взаимному соглашению сторон (по результатам голосования), протоколируется и подписывается принимаемыми в обсуждении членами Комиссии (при наличии кворума).

Каждая из согласующих сторон может быть инициатором внесения изменений в тарифы на оплату медицинской помощи, о чем письменно сообщает в ТФОМС Рязанской области с указанием причины.

После согласования всеми сторонами, ТФОМС Рязанской области вносит соответствующие изменения в тарифы на оплату медицинской помощи.

5.3. Тарифы на оплату медицинской помощи применяются в МО, имеющих с СМО договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, для осуществления взаиморасчетов при реализации Территориальной программы ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной в Рязанской области гражданам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, при межтерриториальных расчетах ТФОМС.

5.4. Тарифы на оплату медицинской помощи используются для планирования, прогнозирования и контроля целевого расходования средств ОМС, могут применяться в комплексном анализе реализации Территориальной программы ОМС, в оценке стоимости оказанной медицинской помощи.

5.5. Внесение изменений в тарифы осуществляется в связи с изменениями Территориальной программы ОМС, в т.ч. в связи с:

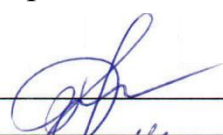

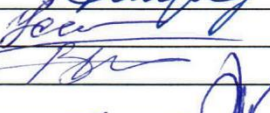

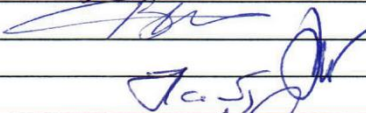
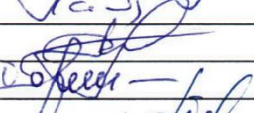
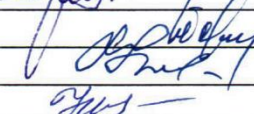
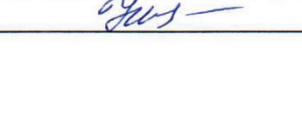




- изменением структуры расходов по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи;

- изменением величины доходов и (или) расходов бюджета ТФОМС Рязанской области;

- изменением системы оплаты труда и (или) минимальной заработной платы, фонда оплаты труда, окладов (должностных окладов), коэффициентов и др.;

- изменением начислений на выплаты по оплате труда в соответствии с действующим законодательством.

5.6. Внесение изменений в тарифы на оплату медицинской помощи может осуществляться также в связи: с принятием в систему ОМС новых МО (структурных подразделений); с включением в систему ОМС новых видов, условий, профилей (специальностей) медицинской помощи, КСГ и др.; с увеличением мощностей дневных стационаров за счет сокращения больничной сети; с переводом дневных стационаров на режим работы с иной сменностью; с иными мероприятиями, не запрещенными действующим законодательством.

Председатель		Бунышина Е.И.
Заместители председателя		Прилуцкий А.А.
		Низов А.А.
Секретарь		Успенская И.В.
Члены комиссии		Бичеров В.А.
		Калинин Р.Е.
		Нагибин О.А.
		Рюмин С.Б.
		Сорокина Л.Ю.
		Терехин В.Н.
		Фокина Л.В.
		Шамбазова Н.С.