

# ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования населения

Самарской области

"27" января 2015 г.

Министерство здравоохранения Самарской области в лице заместителя председателя Правительства Самарской области - министра здравоохранения Самарской области Гридасова Г.Н., действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области в лице директора Мокшина В.Н., действующего на основании Положения, Ассоциация медицинских страховых компаний Самарской области в лице президента Козлова О.В., действующего на основании Устава, Самарская областная Ассоциация врачей в лице президента Измалкова С.Н., действующего на основании Устава, и Самарская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Климентовой Л.А., действующей на основании Устава, именуемые в дальнейшем Стороны, руководствуясь приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФФОМС) от 18 ноября №200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н, а вместе именуемые – Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Предметом настоящего Соглашения являются взаимоотношения сторон по формированию тарифов для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках ТП ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.2. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) способами оплаты медицин-

ской помощи в зависимости от условий оказания медицинской помощи и норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Самарской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов.

### 1.3. Основными целями Соглашения являются:

предоставление жителям Самарской области равных условий в получении качественной, доступной, бесплатной медицинской помощи в рамках ТП ОМС населения Самарской области;

приведение в соответствие плановых затрат страховых медицинских организаций (далее - СМО) на оказание медицинской помощи застрахованным лицам и объемно-финансовых нормативов ТП ОМС;

обеспечение соответствия плановых доходов и расходов медицинских организаций объемам предоставления медицинской помощи, утвержденным Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия);

приведение тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС в соответствии с нормативами ТП ОМС.

## 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. При реализации ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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, за посещение, за 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 МО, не имеющих прикрепившихся лиц);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний);

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

при оплате долечивания (реабилитации) в условиях санатория – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний).

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам, за единицу объема медицинской помощи принимаются:

при оказании медицинской помощи (кроме стоматологической) в амбулаторных условиях – посещение, обращение;

при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – посещение и УЕТ (условная единица трудоемкости);

при оказании медицинской помощи в стационарных условиях - госпитализация;

при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара - госпитализация;

при оказании отдельной медицинской услуги - услуга;

при оказании скорой медицинской помощи - вызов;

при применении вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) - случай;

при долечивании (реабилитации) в условиях санатория – госпитализация.

2.3. Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, представлен в Приложении 9.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении 10.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в Приложении 11.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в Приложении 12.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень МО (структурных подразделений МО) оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, представлен в Приложении 13.

Перечень МО, оказывающих долечивание в условиях санатория, представлен в Приложении 14.

### **3. 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"(с изменениями).

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (с изменениями).

В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо - 3 015,92 рублей;

размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, представлен в Приложении 5;

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 представлены в Приложении 1;

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива утверждаются ежеквартально до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, приказом директора ТФОМС Самарской области по форме, представленной в Приложении 6.

В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо - 3 824,09 рублей;

размер средней стоимости законченного случая, включенного в КСГ (клинико-статистические группы) представлены в Приложении 1;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ;

коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (Приложение 2):

1 уровень - 0,87

2 уровень - 1,06

3 уровень - 1,29

коэффициенты уровня расходов на содержание имущества, установлены (Приложение 3);

управленческий коэффициент - 1,0;

коэффициент сложности курации пациента - 1,0;

тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение 1).

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

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо - 731,86 рублей;

размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (Приложение 1);

поправочные коэффициенты оплаты КСГ;

коэффициенты уровня оказания медицинской помощи - 1,0;

коэффициенты уровня расходов на содержание имущества (Приложение 3).

управленческий коэффициент - 1,0;

коэффициент сложности курации пациента - 1,0.

В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо - 543,81 рублей;

размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение 7);

тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение 1);

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования утверждаются ежеквартально до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, приказом директора ТФОМС Самарской области по форме, представленной в Приложении 8.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам (Приложение 1) опреде-

ляют уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО.

МО направляют средства, полученные от СМО за организацию медицинской помощи на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включают расходы непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи и расходы на обеспечение деятельности МО.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с ТП ОМС Самарской области и включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, приобретение продуктов питания, затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария входящего в перечень ОКОФ, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи, 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.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в части расходов на заработную плату включает финансовое обеспечение на денежные выплаты стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей

практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях и вне медицинской организации;

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

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

доплаты водителям и младшему медицинскому персоналу медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за участие в оказании медицинской помощи;

врачам-специалистам и специалистам со средним медицинским образованием за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам за оказанную медицинскую помощь в условиях стационара.

При оказании медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ТП ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования предусмотрены лекарственные препараты для медицинского применения, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств», и медицинские изделия, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи, для лечения основного и сопутствующих заболеваний по назначению лечащего врача.

3.4. Средняя структура тарифа на единицу объема по видам медицинской помощи, с указанием долей расходования средств (в процентах) по направлениям расходования средств обязательного медицинского страхования, представлена в Приложении 4.

При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства фи-



нансов Российской Федерации от 01.07.2013 года № 65н, Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 года № 1 и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановлением Госстандарта России от 26.12.1994 года № 359.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются за счет средств субвенции ФФОМС, в том числе включают расходы на обеспечение деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС.

МО направляют средства, полученные от СМО за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС, на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи и не используют для иных целей, финансируемых за счет средств бюджетов всех уровней или других источников, а также за счет предпринимательской деятельности.

Оплата медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной лицам, застрахованным на территории Самарской области и за ее пределами, производится по тарифам на оплату медицинской помощи, определенным в Приложении 1 с применением коэффициентов уровня расходов на содержание имущества (обеспечение деятельности МО), указанных в Приложении 3.

3.6. Решение о перераспределении поступившего объема финансовых средств между предметными статьями классификации операций сектора государственного управления, относящимся к расходам бюджета, принимается руководителем МО при условии соблюдения натуральных норм по продуктам питания, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение и питание со стороны застрахованных. МО ведут отдельный аналитический учет поступления и расходования финансовых средств по видам и условиям оказания медицинской помощи.

3.7. Финансирование расходов на долечивание (реабилитацию) работающих граждан, проживающих в Самарской области, в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения осуществляется в пределах межбюджетных трансфертов, предоставленных на эти цели из областного бюджета бюджету ТФОМС Самарской области.

3.8. Для Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Самарская городская больница № 5» (далее – СГБ № 5) и Го-

сударственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Тольяттинская городская инфекционная больница» (далее – ТГИБ) в Приложении 1 устанавливаются тарифы, включающие расходы по статьям и подстатьям классификации операций сектора государственного управления, кроме оплаты труда и начислений на выплаты по оплате труда.

Финансовые средства в рамках дополнительного тарифа на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда на 2015 год для СГБ № 5 и ТГИБ утверждается решением Комиссии. Средства на эти цели ежемесячно направляются СМО в указанные МО по дополнительному тарифу к тарифам, который рассчитывается СМО с учетом:

среднемесячного объема средств, выделенных этим МО (1/12 объема средств на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда);

доли СМО, утвержденной решением Комиссии, в общем объеме финансовых средств для этих МО на медицинскую помощь, оказанную в условиях стационара;

количества счетов за стационарную помощь, оказанную по ОМС и подлежащих оплате СМО с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в отчетном месяце.

Оплата лечения застрахованных лиц, полис которым выдан за пределами Самарской области, СГБ № 5 и ТГИБ, осуществляется по тарифам Прейскуранта № У-35-01-2015-стац. на услуги больничных учреждений Самарской области.

3.9. ТФОМС Самарской области и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО (или ТФОМС Самарской области), в соответствии с «Обязательствами медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией

штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества», согласно Приложениям 15, 16.

При применении финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, ТФОМС, СМО и МО руководствуются Приложениями Соглашения, действовавшего в момент оказания медицинской помощи.

3.10. Расходование средств обязательного медицинского страхования, не соответствующее полностью или частично целям, определенным настоящим Соглашением является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе направление средств ОМС на:

возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС, а также для возмещения расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой предусмотрено из других источников;

возмещение расходов по медицинской помощи, не предусмотренной лицензией медицинской организации;

возмещение расходов, не включенных в структуру тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС;

цели, не предусмотренные условиями договора между СМО и МО;

необоснованное получение МО средств обязательного медицинского страхования;

оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС;

расходование средств ОМС на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

При установлении фактов нецелевого расходования средств обязательного медицинского страхования, медицинская организация обязана вернуть эти средства в бюджет ТФОМС Самарской области.

3.11. ТФОМС осуществляет контроль целевого использования средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, ра-

ботающих в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

3.12. Изменение тарифов осуществляется путем внесения изменений в настоящее Соглашение.

#### 4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ


4.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01.01.2015 года и действует до принятия нового Соглашения.

4.2. По взаимному согласию Сторон или в соответствии с законодательством Российской Федерации в настоящее Соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, являющиеся его неотъемлемой частью.

4.3. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

4.4. По всем вопросам, не урегулированным настоящим Соглашением, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством.

Заместитель председателя Правительства  
Самарской области – министр здравоохранения  
Самарской области

  
Г.Н. Гридасов

Директор ТФОМС  
Самарской области

  
В.Н. Мокшин

Президент Ассоциации медицинских  
страховых компаний Самарской области

  
О.В. Козлов

Президент Самарской областной  
Ассоциации врачей

  
С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

  
Л.А. Климентова