

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**в системе обязательного медицинского страхования Самарской области**  
**на 2018 год**

25 января 2017 г.

**Министерство здравоохранения Самарской области** в лице заместителя министра здравоохранения Самарской области – руководителя департамента реализации законодательства в сфере здравоохранения министерства здравоохранения Самарской области, председателя Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Вдовенко С.А., заместителя министра здравоохранения Самарской области - руководителя департамента организации медицинской помощи населению министерства здравоохранения Самарской области Сочинской Т.И., с одной стороны;

**территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области** в лице заместителя директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области, секретаря Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Рязановой С.Н., начальника управления организации обязательного медицинского страхования территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области Емельяновой А.В., с другой стороны;

**медицинские организации** в лице главного врача государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Самарская городская детская клиническая больница № 1 имени Н.Н. Ивановой» Галаховой О.О., главного врача закрытого акционерного общества «Медицинская компания ИДК» Тугушева М.Т., с третьей стороны;

**Самарская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации** в лице заведующей отделом по социально-экономической защите Самарской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Агеевой Г.Ф., заместителя председателя Самарской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Сабардиной Л.Б., с четвёртой стороны;

**Медицинская профессиональная некоммерческая организация «Самарская областная ассоциация врачей» в лице профессора кафедры хирургических болезней № 1 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Галкина Р.А., заместителя главного врача по кадрам государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина» Шокина В.П., с пятой стороны;**

**представители страховых медицинских организаций в лице первого заместителя директора филиала акционерного общества «МАКС-М» в г. Самаре Засыпкина М.Ю., первого вице-президента акционерного общества «Страховая компания «АСКОМЕД» Козлова О.В., с шестой стороны,**  
именуемые в дальнейшем представители, руководствуясь приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФФОМС) от 18 ноября 2014 года №200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н, постановлением Правительства Самарской области от 05.04.2012 № 160 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заключили настоящее Тарифное соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

## **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

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

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010

года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС способами оплаты медицинской 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 гражданам медицинской помощи в Самарской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов.

Основными целями Соглашения являются:

предоставление гражданам (застрахованным лицам) равных условий в получении качественной, доступной, бесплатной медицинской помощи в рамках ТП ОМС 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, установленным Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия);

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

## ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ

*Объемы предоставления медицинской помощи* – объем предоставления медицинской помощи и финансовых средств на обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств ОМС, установленный для медицинской организации решением Комиссии.

*Субъект первичной медико-санитарной помощи* (далее – субъект ПМСП) – медицинская организация (далее - МО) (юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы собственности, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Россий-

ской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, в том числе индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность), участвующая в реализации территориальной программы ОМС и оказывающая первичную доврачебную медико–санитарную помощь и первичную

врачебную медико-санитарную помощь в соответствии с порядками ее оказания.

**Исполнитель медицинской помощи** – МО, оказавшая застрахованному лицу заказанную медицинскую помощь.

**Заказчик медицинской помощи** – МО, заказавшая медицинскую помощь в порядке и на условиях, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области и Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования (далее - Регламент).

**Плательщик медицинской помощи** – страховая медицинская организация (далее – СМО), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области (далее – ТФОМС), МО.

**Отдельная медицинская услуга (ОМУ)** – медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в стационарных условиях, в условиях дневных стационаров, при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

**Заказанная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказанная МО по Территориальной программе ОМС (далее - ТП ОМС) в соответствии с оформленным в установленном порядке направлением заказчика.

**Прикрепленный застрахованный** – застрахованное лицо, выбравшее МО – субъект ПМСП для оказания первичной медико–санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с действующим законодательством.

**Законченный случай** – комплекс оказанной медицинской помощи, ограниченной временным интервалом и предоставленной застрахованному лицу при его обращении в МО по поводу получения первичной медико–санитарной помощи

(включающей в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения), специализированной медицинской помощи, скорой медицинской помощи, в рамках страхового случая или связанных между собой нескольких страховых случаев.

**Посещение** – комплекс всех оказанных лечебно–диагностических амбулаторно–поликлинических услуг субъектом ПМСП его прикрепленному застрахованному в виде контакта пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме, медсестрой кабинета врача общей практики по поводу страхового случая с применением необходимых диагностических исследований и лечебных манипуляций с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановки диагноза, профилактики, реабилитации и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

**Обращение по поводу заболевания** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания, включающий комплекс диагностических, лечебных и организационных мероприятий, оказанных пациенту в амбулаторных условиях.

**Экстренная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Заказчиком экстренной медицинской помощи для застрахованного лица считается субъект ПМСП, выбранный застрахованным лицом для оказания первичной медико–санитарной помощи в соответствии с действующим законодательством.

**Неотложная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

**Плановая медицинская помощь** – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояни-

ях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

*Дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения обязательного медицинского страхования* – объем финансовых средств, предназначенных для финансирования СМО, в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста.

*Подушевой норматив финансирования МО* – объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, рассчитанный с учетом дифференцированных подушевых нормативов.

*ССМП* – станция (подстанция) скорой медицинской помощи или подразделение скорой медицинской помощи, входящее в состав МО.

*Случай госпитализации* - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющейся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

*Клинико-статистическая группа заболеваний (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).

*Оплата медицинской помощи по КСГ* - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов.

**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 государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения).

**Коэффициент относительной затратоемкости** – коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний (КСГ), отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке.

**Поправочные коэффициенты** - устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (коэффициент подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

**Управленческий коэффициент** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы (КСГ) с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе (КСГ).

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

**Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами.

*Коэффициент сложности лечения пациента* – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

*Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний* – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе установленных в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

*Оплата медицинской помощи за услугу* – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных методическими рекомендациями.

*Прерванный случай оказания медицинской помощи* – случай госпитализации, в процессе которой по тем или иным причинам не выполнена необходимая технологическая совокупность медицинских услуг, в связи с чем клинический результат не достигнут. К прерванным случаям относятся перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальный исход, а также при проведении диагностических исследований. К прерванным также относятся случаи оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, кроме случаев, оплата которых осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения.

## 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. При реализации ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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 МО, не имеющих прикрепившихся лиц);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы 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, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы 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, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицин-

ской эвакуации) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

при оплате долечивания 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 (законченный случай);

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

при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе медицинской реабилитации в специализированных МО, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях МО – случай госпитализации;

при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара – случай лечения;

при оказании медицинской услуги - медицинская услуга;

при оказании скорой медицинской помощи - вызов;

при применении вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) – случай лечения;

при долечивании в условиях санатория – случай госпитализации.

2.3. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации ТП ОМС устанавливается трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам по следующим уровням:

первый уровень - МО, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

- второй уровень - МО, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры;

третий уровень - МО, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), 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 медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении 10.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний - далее КСГ), представлен в Приложении 11.

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа изложен в Приложении 18.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплата медицинской помощи в

которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ), представлен в Приложении 12.

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа изложен в Приложении 18.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих скорую медицинскую помощь вне МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, представлен в Приложении 13.

Перечень МО, осуществляющих долечивание в условиях санатория, оплата в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний КСГ, представлен в Приложении 14.

### **3.РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

3.1. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС (в том числе на оплату долечивания в условиях санатория) устанавливаются настоящим Соглашением.

Расчет тарифов производится 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" и приказом ФФОМС от 18 ноября 2014 года №200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения".

Установление тарифов на медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13октября 2017 года № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп МО и (или) структурных подразделений МО:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для МО и (или) структурных подразделений МО, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа): первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для МО, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для МО и (или) структурных подразделений МО, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Перечень МО (структурных подразделений МО) по уровням оказания медицинской помощи в стационарных условиях представлен в Приложении 2.

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 –3 874,84рублей;

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 финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации 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 финансирования установлены в Приложении 6;

коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности для МО объединенных в однородные группы представлены в Приложении 3;

показатели результативности деятельности и целевые значения установлены в Приложении 22;

порядок применения показателей результативности деятельности и целевых значений, методика расчета размера средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых показателей результативности деятельности установлен в Приложении 18.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств в размере 5 %, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

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 - 5030,8 рублей;

перечень групп заболеваний по КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ представлены в Приложении 17;

размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) включенного в КСГ установлена в размере 22 201,1 рублей;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для МО определены в Приложении 4;

управленческий коэффициент установлен в Приложении 17;

коэффициент сложности лечения пациента определен "Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС" в Приложении 18;

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены в Приложении 1 в Перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленные Разделом 1 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов.

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 – 1045,56 рублей;

размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ установлена в размере 8 363,8 рублей;

перечень групп заболеваний по КСГ с указанием коэффициента относительной затратоемкости КСГ и размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ представлены в Приложении 20;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара равен 1,0;

управленческий коэффициент установлен в Приложении 20;

коэффициент сложности лечения пациента установлен в Приложении 18.

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

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 659,30 рублей;

размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи установлен в Приложении 7;

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

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования установлены в Приложении 8;

коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи МО объединенные в однородные группы представлены в Приложении 21.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам определяют уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО.

МО направляют средства, полученные от СМО за оказание 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 в системе ОМС 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, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в МО), 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.

Расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу, проведение капитального ремонта и подготовка проектно-сметной документации для его проведения в структуру тарифа не включаются.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включа-

ют финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При оказании застрахованным лицам в рамках ТП ОМС первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом "Об обращении лекарственных средств", и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи, для лечения основного и сопутствующих заболеваний по назначению лечащего врача.

Застрахованные лица, получающие лечение с использованием стационаро-замещающих технологий в стационарах круглосуточного пребывания и в круглосуточных стационарах, обеспечиваются лечебным питанием по назначению лечащего врача в соответствии с нормами, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2003 № 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации", от 21.06.2013 № 395н "Об утверждении норм лечебного питания", приказом Министерства здравоохранения СССР от 10.03.86 № 333 "Об улучшении организации лечебного питания в родильных домах (отделениях) и детских больницах (отделениях)".

В тарифах на проведение диализа в условиях дневного стационара пациентам с ХПН учтены расходы на медикаменты, расходные материалы и лечебное питание.

3.4. При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.07.2013 года № 65н(с изменениями и дополнениями), 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 в системе ОМС 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, Приложении 17 и Приложении 20 Соглашения с применением установленных коэффициентов:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с применением коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для МО объединенных в однородные группы определенных в Приложении 3;
- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров с применением управляемого коэффициента установленного в Приложении 20 и коэффициента сложности лечения пациента определенного в Приложении 18;
- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с применением коэффициента уровня оказания медицинской помощи установленного для МО в Приложении 4, управляемого коэффициента установленного в Приложении 17 и коэффициента сложности лечения пациента, определенного в Приложении 18.

Правила отнесения законченного случая лечения к соответствующей КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров определены в Приложении 19.

3.6. Решение о направлении поступившего объема финансовых средств на ту или иную предметную статью классификации операций сектора государственного управления, относящегося к расходам бюджета, принимается руководителем МО с учетом соблюдения принципа эффективного и рационального использования средств обязательного медицинского страхования, при условии соблюдения натуральных норм по продуктам питания, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение и питание со стороны застрахованных, отсутствия кредиторской задолженности. МО ведут раздельный аналитический учет поступления и расходования финансовых средств по видам и условиям оказания медицинской помощи.

3.7. В рамках ТП ОМС выделены межбюджетные трансферты из областного бюджета бюджету ТФОМС Самарской области на долечивание (реабилитацию) жителей Самарской области в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения в медицинских учреждениях Самарской области, участвующих в реализации Территориальной программы (далее - долечивание в условиях санатория).

МО оказывающие медицинскую помощь по долечиванию в условиях санатория применяют единые тарифы установленные в Приложении 1.

3.8. 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 МО;

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, МО обязана возвратить эти средства в бюджет ТФОМС Самарской области.

3.9. ТФОМС осуществляет контроль целевого использования средств обязательного медицинского страхования в МО, работающих в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

3.10. Изменение и индексация тарифов осуществляется путем внесения

изменений в настоящее Соглашение.

**4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА.**

4.1. 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 "Перечнем нарушений, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и размеры финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования", представленными в Приложениях 15.

4.2. 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.

4.3. Отдельные вопросы организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию определяются Приложением 18 "Регламент применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС".

**5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

5.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01.01.2018 года и действует до 31.12.2018 г. включительно.

5.2. По взаимному согласию представителей или в соответствии с законо-

дательством Российской Федерации в настоящее Соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, являющиеся его неотъемлемой частью.

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

5.4. По всем вопросам, не урегулированным настоящим Соглашением, представители будут руководствоваться действующим законодательством.

Представитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, заместитель министра здравоохранения Самарской области, председатель комиссии

Вдовенко С.А.

Представитель территориального фонда обязательного медицинского страхования, заместитель директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области, секретарь комиссии

Рязановой С.Н.

Представитель профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, заведующая отделом аппарата Самарской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации по социально-экономической защите

Агеева Г.Ф.

Представитель медицинских организаций, главный врач ГБУЗ СО "Самарская городская детская клиническая больница № 1 имени Н.Н. Ивановой"

Галахова О.О.

Представитель медицинской профессиональной некоммерческой организации "Самарская областная ассоциация врачей", профессор

кафедры хирургических болезней № 1  
государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего профессионального  
образования "Самарский государственный  
медицинский университет"

Галкин Р.А.

Представитель страховых медицинских  
организаций, первый заместитель директора  
филиала акционерного общества  
"МАКС-М" в г. Самаре

Засыпкин М.Ю.

Представитель страховых медицинских  
организаций, первый вице-президент  
акционерного общества "Страховая  
компания "АСКОМЕД"

Козлов О.В.

Представитель территориального фонда  
обязательного медицинского страхования,  
начальник управления организации  
обязательного медицинского страхования  
территориального фонда обязательного  
медицинского страхования Самарской  
области

Емельянова А.В.

Представителя профессиональных союзов  
медицинских работников или их объединений  
(ассоциаций), осуществляющих деятельность  
на территории субъекта Российской Федерации,  
заместитель председателя Самарской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации

Сабардина Л.Б.

Представитель органа исполнительной власти  
субъекта Российской Федерации, уполномоченного  
высшим исполнительным органом  
государственной власти субъекта Российской  
Федерации, заместитель [ ] министра  
здравоохранения Самарской области

Сочинская Т.И.

Представитель медицинских организаций,  
главный врач закрытого акционерного  
общества "Медицинская компания ИДК"



Тугушев М.Т.

Представитель медицинской профессиональной  
некоммерческой организации "Самарская  
областная ассоциация врачей", заместитель  
главного врача по кадрам ГБУЗ "Самарская  
областная клиническая больница  
им. В.Д. Середавина"



Шокин В.П.