

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2016 ГОД

г. Екатеринбург

«08» февраля 2016 года

Министерство здравоохранения Свердловской области в лице министра Белявского А.Р., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области (далее – ТФОМС) в лице первого заместителя директора Деминой Т.В., страховые медицинские организации (далее – СМО) в лице председателя Правления СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО), представителя некоммерческой организации «Межрегиональный Союз Медицинских Страховщиков» на территории г. Екатеринбурга и Свердловской области Коноваловой Г.В., профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя Некоммерческого Партнерства «Медицинская Палата Свердловской области», главного врача ГБУЗ СОКБ №1 Бадаева Ф.И., Свердловская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Трифионовой С.А., в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.12.2015);

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 30.12.2015);

Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;

Постановлением Правительства Свердловской области от 24.12.2015 № 1195-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2016 год»;

Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (ред. от 06.08.2015);

Приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (ред. от 10.12.2014);

Приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации» (ред. от 01.12.2015);

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (ред. от 14.04.2015) и др.,

заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

1. Предмет Тарифного соглашения.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные сторонами размер и структура тарифов на медицинскую помощь (медицинские услуги), действующие в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, порядок применения тарифов, и 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.

2. Список сокращений

ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи

ОМС – обязательное медицинское страхование

Программа ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования

РФ – Российская Федерация

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

МЗ СО – Министерство здравоохранения Свердловской области

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования

МО – медицинская организация

СМО – страховая медицинская организация

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

СМП – скорая медицинская помощь

ССМП – станция скорой медицинской помощи

ОСМП – отделение скорой медицинской помощи медицинской организации

КСГ – клинико-статистическая группа болезней

КПГ – клинико-профильная группа

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ОВП – общая врачебная практика
МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)
МЭК – медико-экономический контроль
МЭЭ – медико-экономическая экспертиза
ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи
КОСГУ – классификация операций сектора государственного управления
Комиссия – комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области
Правила – правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н.

3. Основные понятия и термины

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в стационаре – средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оплачиваемой на основе КСГ, в расчете на один законченный случай лечения пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного Программой ОМС (средняя стоимость одного случая госпитализации).

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в дневном стационаре – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на один законченный случай лечения, включенный в КСГ, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного Программой ОМС (средняя стоимость одного случая лечения в дневном стационаре).

Базовый средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – объем финансирования первичной медико-санитарной помощи по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, в расчете на одно застрахованное в Свердловской области лицо.

Базовый средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – объем финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное в Свердловской области лицо.

Внешние медицинские услуги - консультации врачей-специалистов, профилактические, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным по ОМС лицам, неприкрепленным к МО-исполнителю.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО-фондодержателя – ежемесячный объем финансирования конкретной МО-фондодержателя в расчете на одно прикрепленное застрахованное лицо.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – ежемесячный объем финансирования станции (отделения) скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в зоне обслуживания.

Законченный случай лечения в стационаре (дневном стационаре) – совокупность медицинских услуг, оказанных пациенту от даты поступления до даты выбытия, в соответствии с порядками и (или) на основе стандартов медицинской помощи с целью профилактики, медицинской реабилитации, диагностики и лечения заболеваний (в том числе выполнения хирургических операций) и состояний (включая беременность, роды и послеродовый период).

Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях - совокупность посещений и медицинских услуг, предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором цель обращения за медицинской помощью достигнута.

Законченный случай лечения заболевания по клинико-статистическим группам (КСГ) при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – предоставление медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ с оказанием услуг, предусмотренных стандартами и порядками оказания медицинской помощи, с первичного обращения до достижения клинического результата.

Незаконченный случай лечения при оказании стоматологической помощи по КСГ – случай оказания медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ с недостигнутым результатом лечения.

Клинико-статистическая группа (КСГ) – группа клинически однородных случаев лечения, 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).

Коэффициент уровня – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах в зависимости от уровня оказания стационарной медицинской помощи.

Коэффициент подуровня – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи (с учетом объективных критериев, обуславливающих различия в затратах на оказание медицинской помощи).

Коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе заболеваний – коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний, как отношение ее затратоемкости к базовой ставке финансирования (устанавливается

Тарифным соглашением, учитывает стоимость медицинских услуг, входящих в стандарты медицинской помощи, а также стоимость усредненного набора медицинских услуг, оказываемых при заболеваниях, на которые стандарты не установлены).

Коэффициент половозрастных затрат – коэффициент, учитывающий уровень потребления ПМСП лицами, застрахованными в Свердловской области, в разрезе половозрастных категорий населения.

Коэффициент сложности лечения пациентов – поправочный коэффициент, устанавливается в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Коэффициент дифференциации подушевого норматива – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах МО на оказание медицинской помощи.

Медицинская организация-исполнитель (МО-исполнитель) – организация, участвующая в реализации Программы ОМС и оказывающая медицинские услуги застрахованным лицам, не прикрепленным к данной МО (внешние медицинские услуги), либо организация, не имеющая прикрепленного населения.

Медицинская организация - фондодержатель (МО-фондодержатель) – организация, участвующая в реализации Программы ОМС и имеющая прикрепленных по территориально-участковому принципу лиц, застрахованных по ОМС в Свердловской области, оплата медицинской помощи которым осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу на прикрепившихся лиц.

МО-фондодержатель является одновременно МО-исполнителем в случае оказания медицинских услуг неприкрепленному населению.

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения – МО, участвующие в реализации Программы ОМС, организационная структура которых не предусматривает наличие территориально-участкового принципа обслуживания населения (фельдшерских, терапевтических (в том числе цеховых), врача общей практики (семейного врача), комплексных, акушерских, приписных участков).

Номенклатура медицинских услуг (далее – Номенклатура) - перечень медицинских услуг, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1664н.

Прикрепленные застрахованные – застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепленные к МО-фондодержателю для получения ПМСП по территориально-участковому принципу (по признаку проживания/пребывания, работы/обучения или заявления) в установленном порядке.

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской

помощи (законченный случай лечения, посещение, вызов скорой медицинской помощи, услуга), уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной Программой ОМС.

Управленческий коэффициент – поправочный коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и/или учета особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.

Установленный объем медицинской помощи – годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (вызов, посещение, обращение, случай госпитализации в условиях стационара, случай лечения в условиях дневного стационара), установленный для МО решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, с разбивкой по кварталам.

4. Общие положения.

4.1. Финансовым источником для формирования размера тарифов на оплату медицинской помощи являются средства обязательного медицинского страхования, предусмотренные законом Свердловской области от 03.12.2015 № 139-ОЗ «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2016 год» в части финансового обеспечения Программы ОМС.

4.2. С целью поддержания системы ОМС в состоянии финансового равновесия, при изменении соотношения доходной и расходной части бюджета ТФОМС может производиться изменение размера действующих тарифов на оплату медицинской помощи.

4.3. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией в соответствии с законодательством Российской Федерации и принятыми в Программе ОМС способами оплаты медицинской помощи. Тарифы формируются в соответствии с методикой расчета, установленной Правилами, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для МО, независимо от организационно-правовой формы, оказывающих медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках Программы ОМС.

4.4. Тарифы на оплату медицинской помощи утверждаются настоящим Тарифным соглашением, являются приложением к нему, выражаются в денежном эквиваленте и оформляются в электронном виде справочником тарифов.

4.5. Для оплаты медицинской помощи, оказываемой МО, осуществляющими деятельность на территории административно-территориальных единиц, приравненных к районам Крайнего Севера (городские округа Ивдель, Карпинск, Красноуральск, Североуральск, Гаринский и Таборинский муниципальные районы), к тарифам применяется повышающий коэффициент **1,03** (с учетом районного коэффициента и надбавок к заработной плате за работу в указанных районах и местностях с тяжелыми климатическими условиями).

4.6. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, производится в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по условиям ее оказания и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

В случае невыполнения МО объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, возмещение расходов на выплату заработной платы и расходов по другим статьям, включенным в территориальные нормативы финансовых затрат, на невыполненный объем медицинской помощи не является обязательством системы ОМС.

4.7. При формировании реестров за оказанную медицинскую помощь применяются тарифы, действующие на дату завершения случая лечения, указанную в медицинской документации (история болезни, талон амбулаторного пациента и т.д.).

5. Способы и порядок оплаты медицинской помощи.

При реализации Программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи.

5.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на численность прикрепившихся застрахованных лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) - в МО-фондодержателях, имеющих прикрепленных застрахованных лиц, согласно перечню, приведенному в приложении 1 к Соглашению;

за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) - в МО, не имеющих прикрепленных застрахованных лиц, согласно перечню, приведенному в приложении 2 к Соглашению;

за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) - при оплате медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах РФ.

5.1.1. Подушевой норматив финансирования включает финансовые средства на оплату собственной деятельности МО-фондодержателя (по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках подушевого финансирования), а также средства на оплату внешних услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепленным к МО-фондодержателю застрахованным лицам.

5.1.2. Финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи **по подушевому нормативу**, не учитывает средства:

- на оплату стоматологической помощи;
- на оплату медицинских услуг в Центрах здоровья;
- на оплату законченных случаев диспансеризации отдельных категорий граждан, Порядок проведения которой установлен нормативными документами Минздрава России;
- на оплату законченных случаев профилактических медицинских осмотров взрослого населения и медицинских осмотров несовершеннолетних, Порядок проведения которых установлен нормативными документами Минздрава России;
- на оплату диагностических исследований методом позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией,
- на оплату медикаментозных абортс,
- на оплату медицинских услуг лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах РФ.

Оплата медицинской помощи по видам, не включенным в подушевой норматив, производится за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным настоящим соглашением (за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай).

5.1.3. Объем финансирования МО на основе подушевого норматива на прикрепленных застрахованных лиц определяется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным для каждой МО-фондодержателя в соответствии с Методикой, приведенной в приложении 3 к настоящему Соглашению.

5.1.4. Месячный объем финансовых средств на оплату медицинской помощи, оказываемой МО-фондодержателем в амбулаторных условиях (**Сапп(мо)**), определяется по формуле:

$$\text{Сапп(мо)} = \text{Спнф} + \text{Сео} + \text{Сн} + \text{Смтр}, \quad \text{где} \quad (1)$$

Спнф – финансовый результат МО-фондодержателя по средствам подушевого финансирования;

Сео – оплата медицинской помощи застрахованным в Свердловской области по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется за единицу объема, перечисленным в п. 5.1.2. настоящего Соглашения, по установленным тарифам (медицинских услуг, посещений, обращений);

Сн – оплата медицинской помощи лицам, не прикрепленным к МО-фондодержателю, застрахованным в Свердловской области, по установленным тарифам (медицинских услуг, посещений, обращений);

Смтр – оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах РФ, по установленным тарифам (медицинских услуг, посещений, обращений).

Финансовый результат МО-фондодержателя по средствам подушевого финансирования (**Спнф**) – рассчитывается ТФОМС централизованно после окончания загрузки реестров медицинских услуг за отчетный месяц по формуле:

$$\text{Спнф} = \text{Рпнф} - \text{Свн} + \text{Сввн}, \text{ где} \quad (2)$$

Рпнф – расчетный объем финансирования по дифференцированному подушевому нормативу МО-фондодержателя (определяется в соответствии с методикой – приложение 3 к Соглашению),

Свн – стоимость внешних медицинских услуг, оказанных прикрепленным застрахованным лицам в сторонних МО-исполнителях, по установленным тарифам (посещений, обращений, услуг),

Сввн – сумма средств за предыдущие отчетные периоды, признанная необоснованно удержанной с МО-фондодержателя по результатам экспертного контроля медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем прикрепленным к МО-фондодержателю застрахованным лицам, удержанная с МО-исполнителя и подлежащая восстановлению МО-фондодержателю.

В случае если сумма по взаиморасчетам с другими МО за внешние услуги расчетного периода по данной СМО превышает сумму финансирования МО-фондодержателя по подушевому нормативу, разница учитывается со знаком «-» при расчете финансового результата следующего отчетного месяца.

5.1.5. Месячный объем финансовых средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, не имеющей прикрепленного населения, определяется по формуле:

$$\text{Сапп} = \sum \text{Кусл} * \text{Тусл}, \text{ где} \quad (3)$$

Кусл – количество фактически оказанных медицинских услуг (посещений, обращений (законченных случаев), услуг);

Тусл – тариф соответствующей услуги, установленный настоящим Соглашением.

5.1.6. Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях устанавливаются в расчете на единицу объема медицинской помощи:

- посещение врача соответствующей специальности,
- посещение к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием,
- законченный случай лечения заболевания при оказании стоматологической помощи,
- медицинскую услугу (по перечню, установленному настоящим Соглашением).

Тарифы предназначены для оплаты медицинской помощи за единицу объема по видам, не включенным в подушевое финансирование, а также для осуществления расчетов:

- между МО-фондодержателями и МО-исполнителями в рамках подушевого финансирования;
- за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах РФ и лицам, неприкрепленным к МО;
- коэффициентов половозрастных затрат;
- суммы, не подлежащей оплате (уменьшению оплаты) по результатам контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

5.1.7. Тариф посещения включает расходы на посещение врача соответствующей специальности (среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный прием) и расходы вспомогательных лечебно-диагностических подразделений на проведение необходимых диагностических исследований и лечебных процедур, за исключением услуг, на которые данным Соглашением установлены отдельные тарифы.

Амбулаторные хирургические вмешательства при оказании медицинской помощи не входят в тариф посещения и оплачиваются по отдельным тарифам на медицинские услуги амбулаторной хирургии.

Тариф на оплату медикаментозного аборта (услуга B03.099.027) включает стоимость применяемых лекарственных препаратов.

5.1.8. Случай оказания амбулаторной медицинской помощи включает совокупность медицинских услуг (посещений, услуг) в количестве от одной и более. Набор услуг в составе случая определяется стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Стоимость случая оказания амбулаторной медицинской помощи определяется как совокупная стоимость фактически оказанных услуг по установленным тарифам (посещений, услуг).

5.1.9. Тарифы посещений дифференцируются по специальностям врачей и видам приемов (первичный, повторный, профилактический, диспансерный, неотложная помощь), категории обслуживаемого населения (взрослые, дети), уровням отделений МО.

Распределение отделений МО по уровням оказания медицинской помощи осуществляется Комиссией.

5.1.10. По тарифам за медицинскую услугу производится оплата:

в рамках базовой программы ОМС:

- диагностических исследований, проводимых в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан в соответствии с Порядками, установленными Минздравом России;

- медицинских услуг амбулаторной хирургии;

- отдельных видов медицинских услуг (по перечню, установленному Соглашением);

- оказания медицинской помощи вне медицинской организации (на дому, на выезде и т.д.);

сверх базовой программы ОМС за счет средств бюджета Свердловской области:

- пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин: инвазивных методов обследования беременных женщин группы риска для выявления (подтверждения) врожденных аномалий (пороков) развития у плода (кордоцентез, аспирация ворсин хориона);

- неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний.

5.1.11. Обращения с профилактической целью в рамках проведения:

- профилактических медицинских осмотров взрослого населения,

- профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, включая предварительные и периодические осмотры,

- диспансеризации отдельных категорий граждан

предъявляются к оплате после полного завершения осмотров, обследования и вынесения соответствующего заключения.

Оплата производится за случай диспансеризации (профилактического осмотра) по тарифам фактически оказанных услуг, предусмотренных Порядками, утвержденными нормативными документами Минздрава России.

Посещения врача-психиатра в рамках диспансеризации отдельных групп

детского населения не тарифицируются и учитываются в реестрах без оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования.

5.1.12. Для МО, в составе которых созданы Центры здоровья, единицей объема ПМСП являются:

а) первичное посещение впервые обратившихся в отчетном году граждан для проведения комплексного обследования в Центре здоровья;

б) посещение граждан, обратившихся для динамического наблюдения, по рекомендации врача Центра здоровья.

Оплата производится по тарифу профилактического посещения врача-терапевта/врача-педиатра и тарифам на комплекс обследований при первичном обращении (один раз в календарном году), на комплекс обследований при посещении для динамического наблюдения и посещения стоматологического гигиениста.

5.1.13. При оказании **стоматологической медицинской помощи** оплата осуществляется:

- по тарифам за посещение к врачу-стоматологу/зубному врачу (посещения в рамках незаконченного случая лечения, профилактический прием, диспансерный прием);

- по тарифу за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ).

Законченный случай лечения в стоматологии по КСГ – предоставление медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ, с оказанием услуг, определенных для данной КСГ стандартом диагностики и лечения в соответствии с приказом МЗ СО от 31.07.2014 №993-п «Об утверждении клинико-статистических групп при оказании медицинской помощи взрослому и детскому населению Свердловской области при стоматологических заболеваниях», с первичного обращения до достижения клинического результата (выздоровление, восстановление коронки зуба пломбой и т.д.), при отсутствии необходимости повторного обращения.

Незаконченный случай лечения в стоматологии по КСГ – случай оказания медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ, но с недостигнутым результатом лечения. Незаконченный случай лечения по КСГ оплачивается по тарифу посещения, но не более трех посещений.

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача стоматолога/зубного врача оплачивается в рамках специализированной медицинской помощи детям при заболеваниях полости рта, оказываемой ГБУЗ СО «ДКБВЛ НПЦ «Бонум».

5.2. При оказании медицинской помощи в **стационарных условиях** применяются способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ);
- за случай лечения в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленными для оплаты заболеваний, при которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Программу ОМС;
- за отдельную медицинскую услугу по перечню и тарифам, установленным настоящим Соглашением.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях с указанием уровня оказания медицинской помощи для отделений, приведен в приложении 4 к настоящему Соглашению.

Уровень оказания медицинской помощи для отделений стационара медицинских организаций устанавливается решением Комиссии.

5.2.1. Стоимость законченного случая лечения в рамках оплаты на основе КСГ (**С_{кcg}**) определяется с учетом следующих параметров:

- базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;
- коэффициент относительной затратно-емкости;
- поправочные коэффициенты:

управленческий коэффициент

коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи

коэффициент сложности лечения пациента

по следующей формуле:

$$C(кcg) = БС * КЗкcg * ПК, \text{ где} \quad (4)$$

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках Программы ОМС (средняя стоимость 1 случая лечения в стационаре), рассчитывается, исходя из объема средств на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным Программой ОМС, в расчете на 1 пролеченного пациента, за исключением средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется вне системы КСГ (ВМП по перечню видов и методов, включенных в Программу ОМС, процедуры диализа с применением различных методов)

КЗкcg – коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне)

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая, рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$\text{ПК} = \text{КУкcg} * \text{КУСмо} * \text{КСЛП}, \text{ где} \quad (5)$$

КУкcg – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ для всех уровней оказания медицинской помощи.

КУСмо – коэффициент уровня/подуровня оказания стационарной медицинской помощи, определенный решением Комиссии для отделения медицинской организации, в котором был пролечен пациент, за исключением случаев, отнесенных к КСГ, перечисленных в приложении 12Б к Соглашению.

Отделения 3 уровня следующих федеральных МО выделяются в подуровень с применением повышенного коэффициента в размере 1,4:

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» (код 339),

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» (код 717).

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев:

- лечения детей в возрасте до 4-х лет включительно (на дату поступления в стационар);

- лечения пациента в возрасте 75 лет и старше (на дату поступления в стационар), по КСГ с признаком обязательности предоставления в реестре сведений об оперативном вмешательстве, в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг;

- применения искусственной вентиляции легких (код услуги – А16.09.011, раздел 104) в течение не менее 3-х суток в период лечения пациента в отделении (палате) анестезиологии и реанимации (код услуги – В03.003.005 «Суточное наблюдение реанимационного пациента», раздел 105), за исключением случаев, отнесенных к следующим КСГ: 105, 106, 107, 216 (при этом день поступления в отделение (палату) анестезиологии и реанимации, и день выбытия из отделения (палаты) анестезиологии и реанимации, считается одним днем);

- предоставления спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний (с указанием кода услуги А13.30.006.999 «Обучение уходу за ребенком и пребывание в палате лица, осуществляющего уход»);

- оказания медицинской помощи новорожденному с патологией в родильных (акушерских) отделениях по КСГ (4,5,6), при указании в реестре услуги с кодом А25.30.999 «Оказание медицинской помощи при патологии у

новорожденного» с диагнозами основного заболевания ребенка по МКБ-10, перечисленными в приложении № 14_к Соглашению;

- родоразрешения (КСГ 4,5) при условии предшествующего лечения в отделении патологии беременности (КСГ 1, 2, 3) не менее 6 дней (с даты госпитализации до даты родоразрешения), с обязательным указанием в реестре КСГ по каждому из отделений, а также одного из кодов медицинской услуги родоразрешения из раздела 104: B01.001.006 (ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом), B01.001.009 (ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом), B02.001.002 (ведение физиологических родов акушеркой), A16. 20.005 (кесарево сечение); коэффициент применяется к КСГ, имеющий наибольший коэффициент затратоемкости.

5.2.2. В случае оказания медицинской помощи пациенту в период одной госпитализации в двух и более отделениях стационара различного профиля по разным классам заболеваний по МКБ-10, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ.

При этом, дата перевода пациента из одного профильного отделения должна соответствовать дате поступления в другое.

Если перевод в пределах одной медицинской организации производится между отделениями одного профиля или по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости (в случае равных коэффициентов затратоемкости – по КСГ с большей фактической длительностью лечения).

Все случаи применения двух и более тарифов КСГ в период одной госпитализации подлежат обязательной экспертизе.

5.2.3. К сверхкоротким относятся случаи лечения с длительностью 3 дня и менее. Оплата сверхкоротких случаев производится:

- по КСГ, отмеченным знаком «-» в приложении 12 к Соглашению, оплачиваются в размере:

Взрослые	-	20% от стоимости КСГ
Дети	-	50% от стоимости КСГ

- по КСГ, отмеченным знаком «100%» в приложении 12 к настоящему Соглашению - в размере 100% стоимости КСГ;

- по КСГ, отмеченным знаком «80%» в приложении 12 к настоящему Соглашению – в размере 80% от стоимости КСГ.

5.2.4. При сверхдлительных сроках госпитализации (более 30 дней/45 дней по отдельным КСГ), обусловленных медицинскими показаниями, оплата производится с применением коэффициента, учитывающего компенсацию

расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении, на питание больного. Значение коэффициента определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней по формуле:

$$\text{КСКП} = 1 + \frac{\text{ФКД} - \text{НКД}}{\text{НКД}} \times \text{Кдл}, \text{ где} \quad (6)$$

ФКД – фактическое количество койко-дней,

НКД – нормативное количество койко-дней (30, кроме КСГ, перечисленных в приложении 15, для которых нормативный срок - 45 дней),

Кдл – коэффициент длительности в размере **0,25**.

5.2.5. Срок лечения в стационаре определяется от даты поступления до дня выписки из стационара (день госпитализации и день выписки считается одним днем).

5.2.6. Высокотехнологичная медицинская помощь по видам и методам, включенным в раздел I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Программу ОМС, оплачивается по тарифам в соответствии с нормативом финансовых затрат, установленным базовой программой ОМС на единицу объема предоставления медицинской помощи, с применением коэффициента дифференциации (определенного для Свердловской области в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 г. № 462), в доле согласно разъяснениям МЗ РФ и ФФОМС от 21.12.2015 г. № 11-9/10/2-7796 по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год.

5.2.7. Случай лечения в стационаре включает совокупную стоимость медицинских услуг, оказанных пациенту в период его нахождения в стационаре, в том числе при оказании специализированной медицинской помощи в профильном отделении (отделениях) по стоимости КСГ, при оказании пациенту ВМП по нормативам стоимости ВМП, при оказании услуг по перечню и тарифам, установленным настоящим Соглашением.

Все случаи применения двух и более тарифов (КСГ, ВМП) в период одной госпитализации подлежат обязательной экспертизе.

5.2.8. Оплата за медицинскую услугу (дополнительно к стоимости КСГ/ВМП), оказанную пациенту в период его нахождения в стационаре, производится в случаях:

- проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью за период его нахождения в стационаре заместительной почечной терапии

методами диализа - за количество фактически проведенных сеансов по тарифам услуг, установленных настоящим Соглашением;

- применения специфических лекарственных препаратов, не включенных в стоимость КСГ, при лечении больных со злокачественными новообразованиями, больных с острыми нарушениями мозгового и сердечного кровообращения;

- обращения за телемедицинской консультацией.

5.2.9. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения врача соответствующей специальности и/или по тарифам медицинских услуг.

5.3. При оказании ПМСП или специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара оплата производится:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний по стоимости КСГ;

- за отдельную медицинскую услугу по перечню и тарифам, установленным настоящим Соглашением.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в приложении 5 к настоящему Соглашению.

5.3.1. Объем финансового обеспечения МО, оказывающей медицинскую помощь в условиях дневного стационара, определяется на основе следующих параметров:

- базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара в расчете на единицу объема медицинской помощи (средняя стоимость одного случая лечения);

- коэффициент относительной затратоемкости по КСГ;

- управленческий коэффициент.

5.3.2. Стоимость случая лечения по КСГ в дневном стационаре (Сдс) определяется по формуле:

Сдс=БСдс*КЗксг*Куксг, где (6)

БСдс – базовая ставка финансирования одного случая лечения в условиях дневного стационара в рамках Программы ОМС, рассчитывается, исходя из объема средств на финансовое обеспечение стационарозамещающей медицинской помощи в рамках Программы ОМС (за вычетом средств на оплату процедур диализа с применением различных методов), в расчете на один случай;

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне);

Куксг – управленческий коэффициент по КСГ.

Для федеральных МО ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт материнства и младенчества» (код 339), ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» (код 717), к стоимости случая применяется коэффициент 1,4.

5.3.3. К сверхкоротким относятся случаи лечения с длительностью 3 дня и менее. Оплата сверхкоротких случаев производится:

- по КСГ, отмеченным знаком «-» в приложении 18 к Соглашению, в размере:

Взрослые	-	20% от стоимости КСГ
Дети	-	50% от стоимости КСГ

- по КСГ, отмеченным знаком «100%» в приложении 18 к настоящему Соглашению - в размере 100% стоимости КСГ.

Срок лечения в дневном стационаре определяется от даты поступления до дня выписки из дневного стационара (день госпитализации и день выписки считается за два дня).

5.3.4. Оплата за медицинскую услугу, оказанную пациенту в период его лечения в дневном стационаре (дополнительно к стоимости КСГ), производится в случаях:

- проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью за период его нахождения в дневном стационаре заместительной почечной терапии методами диализа - за количество фактически проведенных сеансов по тарифам услуг, установленных настоящим Соглашением;

- оказания медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями с применением специфических лекарственных препаратов, не включенных в стоимость КСГ.

5.4. При оказании **скорой медицинской помощи** (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

в рамках базовой программы ОМС лицам, застрахованным в Свердловской области:

- по подушевому нормативу на обслуживаемое население в сочетании с оплатой за медицинские услуги, оказанные персоналом бригады на вызове, стоимость которых не включена в подушевой норматив (внутривенное введение фибринолитических лекарственных препаратов);

- по тарифам за выполненный вызов выездными специализированными консультативными бригадами подразделений экстренной консультативной скорой медицинской помощи в структуре медицинских организаций;
- по тарифам за выполненный вызов в сочетании с оплатой за медицинские услуги, стоимость которых не включена в тарифы вызова (внутривенное введение фибринолитических лекарственных препаратов) – при оплате медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах РФ;
- по тарифам за выполненный вызов при оказании медицинской помощи бригадами скорой медицинской помощи ГБУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф»;

сверх базовой программы ОМС для возмещения расходов медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу ОМС, а также лицам, не идентифицированным и (или) не застрахованным в системе ОМС – ежемесячно в размере 1/12 суммы средств межбюджетного трансферта, передаваемых из областного бюджета в бюджет ТФОМС на указанные цели.

Перечень МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, приведен в приложении 6 к настоящему Соглашению.

5.4.1. Месячный объем финансирования МО, оказывающей скорую медицинскую помощь (**ФОсмп**), определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения и объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, по формуле:

$$\text{ФОсмп} = \sum \text{ДПН(смп)} * \text{Чз(смоi)} + \sum \text{Ку} * \text{Ту}, \text{ где} \quad (11)$$

ДПН(смп) – дифференцированный подушевой норматив для данной МО, рассчитывается в соответствии с Методикой согласно приложению 3А к Соглашению;

Чз(смоi) – численность застрахованных лиц в зоне обслуживания данной ССМП (ОСМП), застрахованного данной СМО (по состоянию на первое число расчетного периода, в соответствии с приказом МЗ СО и ТФОМС);

Ку – количество услуг, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (вызов, медицинская услуга),

Ту – тариф соответствующей услуги.

Месячный объем финансирования рассчитывается ТФОМС в разрезе СМО, приказом доводится до МО и СМО.

5.4.2. Тарифы для оплаты скорой медицинской помощи устанавливаются в расчете:

- на выполненный вызов с дифференциацией по профилю (общепрофильная, специализированная, экстренная консультативная специализированная) и составу (врачебная, фельдшерская) бригады и оказываемым услугам (медицинская эвакуация, санитарная транспортировка);
- на медицинскую услугу (внутривенное введение фибринолитических лекарственных препаратов).

6. Структура тарифов на оплату медицинской помощи.

6.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включают расходы медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по Программе ОМС по следующим статьям и подстатьям классификации операций сектора государственного управления (КОСГУ):

«Заработная плата» (подстатья КОСГУ 211) в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Свердловской области.

При формировании величины тарифов в части оплаты труда работников медицинских организаций учитываются средства на осуществление денежных выплат стимулирующего характера за результаты труда и качество оказываемых услуг:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), фельдшерам, замещающим должности врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, фельдшерам помощникам врачей общей практики, медицинским сестрам врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики, семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам ФАП (заведующим ФАП, фельдшерам, 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 СМП за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При формировании величины тарифов в части оплаты труда работников медицинских организаций не учитываются и в структуру тарифа не входят:

- доплаты к заработной плате, устанавливаемые органами местного самоуправления муниципальных образований Свердловской области сверх доплат, утвержденных нормативными правовыми актами Российской Федерации и Свердловской области;

- установление надбавок, доплат, повышений и других выплат к заработной плате работникам медицинских организаций ведомственного подчинения и частной формы собственности сверх размеров, установленных законодательством Российской Федерации и Свердловской области.

«Прочие выплаты» (подстатья КОСГУ 212), осуществляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации.

«Начисления на выплаты по оплате труда» (подстатья КОСГУ 213) устанавливаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

«Услуги связи» (подстатья КОСГУ 221):

- в части расходов по оплате услуг почтовой связи;
- в части расходов по оплате услуг фельдъегерской и социальной связи;
- в части расходов по оплате услуг телефонно-телеграфной, факсимильной, сотовой, пейджинговой связи, радиосвязи, интернет – провайдеров;
- другие расходы по оплате услуг связи.

«Транспортные услуги» (подстатья КОСГУ 222):

- в части расходов по оплате договоров на приобретение транспортных услуг, оказание услуг перевозки;
- в части расходов по оплате договоров на оказание услуг по перевозке грузов;
- другие расходы по оплате транспортных услуг.

«Коммунальные услуги» (подстатья КОСГУ 223):

- в части расходов по оплате услуг отопления, горячего и холодного водоснабжения, предоставления газа и электроэнергии;
- другие расходы по оплате коммунальных услуг.

«Арендная плата за пользование имуществом» (подстатья КОСГУ 224).

«Работы, услуги по содержанию имущества» (подстатья КОСГУ 225):

- в части расходов по оплате содержания в чистоте помещений, зданий, дворов, иного имущества;
- в части расходов по оплате текущего ремонта нефинансовых активов (за исключением расходов на капитальный ремонт);
- в части расходов по оплате противопожарных мероприятий, связанных с содержанием имущества;
- в части расходов по оплате пусконаладочных работ;
- расходы на оплату работ (услуг), осуществляемые в целях соблюдения нормативных предписаний по эксплуатации (содержанию) имущества, а также в целях определения его технического состояния;
- проведение бактериологических исследований воздуха в помещениях, а также проведение бактериологических исследований иных нефинансовых активов (перевязочного материала, инструментов и т.п.);
- замазка, оклейка окон;
- заправка картриджей;
- другие расходы по содержанию имущества.

«Прочие работы, услуги» (подстатья КОСГУ 226):

- в части расходов по оплате услуг по организации питания пациентов, находящихся в стационарах круглосуточного пребывания, при отсутствии организованного питания в медицинской организации;
- в части расходов по оплате стоимости анализов и инструментальных исследований, производимых в других медицинских организациях при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования;
- в части расходов по оплате монтажных работ;
- в части расходов по оплате услуг по страхованию имущества, гражданской ответственности и здоровья;
- в части расходов по оплате услуг в области информационных технологий;
- в части расходов по оплате типографических работ и услуг;
- в части расходов по оплате медицинских услуг и санитарно – эпидемиологических работ и услуг;
- в части других расходов медицинских организаций по оплате иных работ и услуг в целях обеспечения собственных нужд.

«Прочие расходы» (статья КОСГУ 290):

- в части расходов медицинских организаций на уплату налогов, государственных пошлин и сборов в бюджеты всех уровней;
- в части расходов медицинских организаций на приобретение подарочной и сувенирной продукции, не предназначенной для дальнейшей перепродажи;
- в части представительских расходов, прием и обслуживание делегаций;
- в части расходов медицинских организаций на возмещение застрахованным расходов на приобретение медикаментов, расходных материалов по актам страховых медицинских организаций или Территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- уплата штрафов, пеней за несвоевременную уплату налогов и сборов, оплата санкций за несвоевременную оплату поставки товаров, работ, услуг, других экономических санкций;
- возмещение убытков и вреда;
- возмещение морального вреда по решению судебных органов;
- иные расходы.

«Увеличение стоимости основных средств» (статья КОСГУ 310):

- расходы на приобретение медицинского инструментария со сроком службы более 12 месяцев;
- расходы медицинских организаций по оплате договоров на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 000 рублей за единицу и сроком полезного использования более 12 месяцев (за исключением расходов на капитальное строительство, проектно – сметной документации для его проведения);
- расходы на изготовление объектов основных средств из материала подрядчика стоимостью до 100 000 рублей за единицу.

«Увеличение стоимости нематериальных активов» (статья КОСГУ 320):

- на программное обеспечение и базы данных для ЭВМ;

- на сборники (энциклопедии, антологии, базы данных) и другие составные произведения, представляющие по подбору или расположению материалов результат творческого труда;

- на иные объекты нематериальных активов.

«Увеличение стоимости материальных запасов, их приобретение» (статья КОСГУ 340)

включает расходы на приобретение:

- медикаментов, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках Программы ОМС в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания;

- перевязочных средств;

- медицинского инструментария со сроком службы до 12 месяцев, относящегося к подклассу 94 3000 «Инструменты медицинские» Общероссийского классификатора продукции ОК 005 – 93 (утв. Постановлением Госстандарта России от 30.12.1993 N 301), в том числе металлоконструкции для травматологических и ортопедических операций, протезы и эндопротезы (за исключением стоматологических протезов, протезов и эндопротезов, приобретение которых обеспечивается средствами соответствующих бюджетов в соответствии с законодательством), стабилизирующие системы, устройства для репозиции и фиксации, устройства для установки имплантата и т.д.;

- приобретение медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, в том числе в офтальмологии;

- изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках Программы ОМС;

- продуктов питания (в части расходов на приобретение продуктов питания для организации питания пациентов в стационарах круглосуточного пребывания (включая лиц, находящихся в соответствии с законодательством РФ в стационаре по уходу за ребенком);

- реактивов и химикатов, стекла и химпосуды;

- мягкого инвентаря и обмундирования;

- горюче – смазочных материалов;

- всех видов котельно – печного топлива;

- кухонного инвентаря;

- хозяйственных материалов, канцелярских принадлежностей;

- запасных частей;

- прочих материальных запасов;

- расходы по обеспечению специальным питанием медицинских работников, работа которых связана с вредными опасными для здоровья и жизни условиями труда.

Обеспечение расходными материалами, мягким инвентарем, медицинским инструментарием и другими изделиями медицинского назначения (медицинскими изделиями) независимо от стоимости, при

заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, приобретаются и используются медицинскими организациями в объеме, необходимом для обеспечения предоставления медицинской помощи надлежащего объема и качества.

Осуществление операций по учету финансовых средств производится медицинскими организациями согласно Приказа Минфина России от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

В тарифы по ОМС не включаются расходы медицинских организаций по оказанию видов помощи, которые в соответствии с Программой ОМС, финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

6.2. МО при расходовании средств, полученных в рамках Программы ОМС, вправе самостоятельно определять структуру по видам расходов, включенных в тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой по Программе ОМС.

7. Размер тарифов на медицинскую помощь.

7.1. Настоящим соглашением устанавливаются:

для оплаты медицинской помощи, оказываемой **в амбулаторных условиях:**

7.1.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо, в рамках базовой программы ОМС - **3 495** рублей в год;

7.1.2. базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо в Свердловской области, по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу – **196,50** рублей на месяц;

7.1.3. тарифы посещений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 7);

7.1.4. тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ОМС (приложение 8), сверх базовой программы ОМС (приложение 8А);

7.1.5. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 9);

7.1.6. коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи (приложение 10);

7.1.7. тарифы посещений и случаев лечения стоматологических заболеваний по клинико-статистическим группам (КСГ) в амбулаторных условиях (приложение 11).

7.2. Для оплаты медицинской помощи, оказываемой **в стационарных условиях**, устанавливаются:

7.2.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – **4 324,1** рублей в год;

7.2.2. базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ, в размере **18 003** рублей;

7.2.3. перечень КСГ, коэффициенты затратоемкости и средняя стоимость случая лечения, включенного в КСГ, по уровням отделений в условиях круглосуточного стационара (приложение 12);

7.2.4. поправочные коэффициенты оплаты КСГ в размере:

- управленческие коэффициенты (приложение 12А);

- коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи:

Уровень (подуровень) отделения	Коэффициент
1	0,95
2	1
3	1,15
3А	1,4

перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, приведен в приложении 12Б к настоящему Соглашению.

- коэффициенты сложности лечения пациента (приложение 13);

7.2.5. тарифы на медицинские услуги в условиях стационара (приложение 16);

7.2.6. тарифы на оплату случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 17).

7.3. Для оплаты медицинской помощи, оказываемой в **условиях дневного стационара**, устанавливаются:

7.3.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – **817,6** рублей в год;

7.3.2. базовая ставка финансирования медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ в условиях дневного стационара, в размере **7 640** рублей;

7.3.3. перечень КСГ, коэффициенты затратоемкости, средняя стоимость случая лечения, включенного в КСГ, в условиях дневного стационара (приложение 18);

7.3.4. управленческие коэффициенты по КСГ (приложение 18А);

7.3.5. тарифы на медицинские услуги в условиях дневного стационара (приложение 19).

7.4. Для оплаты **скорой медицинской помощи**, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

7.4.1. средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Программы ОМС Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо, в рамках базовой программы ОМС – **666,9** рублей в год;

7.4.2. базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации – **53,60** рублей в месяц на одно лицо, застрахованное в Свердловской области;

7.4.3. тарифы на вызов скорой медицинской помощи (приложение 20);

7.4.4. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (приложение 21);

7.4.5. коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи (приложение 22);

7.4.6. тарифы на медицинские услуги при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (приложение 23).

8. 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.

8.1. За нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области, медицинские организации несут ответственность в соответствии со статьей 40 Федерального закона 24.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с применением к ним мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

8.2. Основанием для частичной или полной неоплаты медицинской помощи являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляемого в порядке, утвержденном нормативно-распорядительными документами ФФОМС и ТФОМС.

8.3. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан (далее – Перечень оснований), и размер санкций устанавливаются:

при оказании медицинской помощи в условиях стационара, дневного стационара, в амбулаторных условиях – согласно приложению № 24 к Соглашению;

при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации – согласно приложению № 25 к Соглашению;

при оказании "внешних" медицинских услуг в амбулаторных условиях МО-исполнителями прикрепленным застрахованным лицам к МО-фондодержателям – согласно приложению № 26 к Соглашению.

8.4. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на

оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

8.5. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}} ,$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

8.6. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT * K_{\text{но}} / 100$$

где:

РТ - размер тарифа на оплату случая медицинской помощи, действующий на дату окончания оказания медицинской помощи;

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, установленный в соответствии с Перечнем оснований.

8.7. Сумма штрафа в размере, установленном для кода дефекта, указанного в акте, как основание для уменьшения оплаты медицинской помощи (отказа в оплате, возврата).

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = РП \times K_{\text{шт}} / 100 ,$$

где:

РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с

законодательством Российской Федерации на дату окончания оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований.

8.8. Порядок расчета необоснованно оплаченной за медицинскую помощь суммы, выявленной по результатам повторного контроля ТФОМС Свердловской области, а также сумм финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств:

8.8.1. В случае выявления ТФОМС Свердловской области при проведении повторного контроля нарушений, пропущенных СМО в ходе МЭК, МЭЭ, ЭКМП, СМО утрачивает право использования финансовых санкций, применяемых к МО, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и/или нарушению при оказании медицинской помощи.

8.8.2. Необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма, определенная актом повторного контроля ТФОМС Свердловской области, подлежит возврату МО в бюджет ТФОМС Свердловской области.

8.8.3. Необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма определяется по формулам:

8.8.3.1. в случае выявления дефектов (нарушений), допущенных МО, но не выявленных СМО при проведении МЭК, МЭЭ, ЭКМП:

Снеобосн.опл. = Ссл.*Ктфомс/100, где

Снеобосн.опл. - необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма;

Ссл. – стоимость случая оказания медицинской помощи;

Ктфомс - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте повторного контроля ТФОМС Свердловской области, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи;

8.8.3.2. в случае выявления финансово более значимых дефектов (нарушений), чем было выявлено СМО при первичном контроле:

Снеобосн.опл. = Ссл*Ктфомс/100 - Ссл*Ксмо/100, где

Снеобосн.опл. - необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма;

Ссл – стоимость случая оказания медицинской помощи;

Ктфомс - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте повторного контроля ТФОМС Свердловской области, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи;

Ксмо - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте контроля СМО, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи.

8.9. Сумма финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств в бюджет ТФОМС Свердловской области, в соответствии с пунктом 11.1 перечня санкций за нарушение обязательств по договору финансового обеспечения ОМС (невыявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному в порядке организации контроля) определяется по формуле

Ссанкций = **Снеобосн.опл.***10%, где

Ссанкций - сумма финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств в бюджет ТФОМС Свердловской области;

Снеобосн.опл. - необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма, определенная актом повторного контроля ТФОМС Свердловской области;

10% - штраф в размере 10% от необоснованно оплаченной суммы.

8.10. Финансовые санкции к СМО не применяются в случае выявления при повторном контроле ТФОМС Свердловской области нарушений, связанных с непредставлением первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в МО без объективных причин (код дефекта 4.1).

8.11. Сумма штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, определяется в размере, установленном для кода дефекта, указанного в акте повторного контроля ТФОМС Свердловской области.

8.12. Порядок расчета необоснованно удержанной СМО суммы, выявленной по результатам повторного контроля ТФОМС Свердловской области, а также сумм финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств

8.12.1. В случае признания ТФОМС Свердловской области при проведении повторного контроля нарушений, выявленных СМО в ходе МЭК, МЭЭ, ЭКМП, полностью или частично необоснованными, сумма, удержанная СМО за данные нарушения, подлежит возврату в МО не позднее платежа, следующего по дате за датой получения претензии ТФОМС Свердловской области.

8.12.2. Необоснованно удержанная СМО сумма определяется по формулам:

8.12.2.1. в случае признания ТФОМС Свердловской области выявленных СМО при МЭК, МЭЭ, ЭКМП полностью необоснованными:

Снеобосн.удерж.= Ссл.*Ксмо/100, где

Снеобосн.удерж – необоснованно удержанная СМО сумма;

Ссл. – стоимость случая оказания медицинской помощи;

Ксмо - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте контроля СМО, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи;

8.12.2.2. в случае признания ТФОМС Свердловской области выявленных СМО при МЭК, МЭЭ, ЭКМП частично необоснованными:

Снеобосн.удерж.=Ссл.*Ксмо/100 – Ссл.*Ктфомс/100, где

Снеобосн.удерж – необоснованно удержанная СМО сумма;

Ссл. – стоимость случая оказания медицинской помощи;

Ксмо - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте контроля СМО, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи;

Ктфомс - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте повторного контроля ТФОМС Свердловской области, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи.

8.12.3. Сумма финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств в бюджет ТФОМС Свердловской области, в соответствии с пунктом 11.5 перечня санкций за нарушение обязательств по договору финансового обеспечения ОМС (необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования) определяется по формуле:

Ссанкций = Ссвд*10%, где

Ссанкций - сумма финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств в бюджет ТФОМС Свердловской области;

Ссвд – сумма средств, перечисленных ТФОМС Свердловской области на ведение дела СМО за период (месяц), в котором СМО произведено удержание средств за нарушения, признанные ТФОМС Свердловской области при проведении повторного контроля полностью или частично необоснованными;

10% - размер штрафа (от суммы средств, перечисленных ТФОМС Свердловской области на ведение дела СМО в конкретный период) за необоснованное снятие денежных средств.

8.12.4. В случае уплаты МО штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по выявленным СМО основаниям, сумма уплаченного ранее штрафа подлежит возврату в МО.

9. Заключительные положения.

9.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2016 г. и действует до принятия нового.

9.2. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего соглашения с момента их подписания сторонами.

Приложения к Тарифному соглашению

Приложение 1. Перечень медицинских организаций (МО-фондодержателей), оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц.

Приложение 2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (не имеющих прикрепленных застрахованных лиц).

Приложение 3. Методика определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Приложение 3А. Методика определения дифференцированных подушевых нормативов для оплаты скорой медицинской помощи.

Приложение 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Приложение 5. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Приложение 6. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

Приложение 7. Тарифы посещений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (раздел 300).

Приложение 8. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (раздел 301).

Приложение 8А. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях сверх базовой программы ОМС (раздел 361).

Приложение 9. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Приложение 10. Коэффициент дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Приложение 11. Тарифы посещений и случаев лечения стоматологических заболеваний по клинико-статистическим группам в амбулаторных условиях (раздел 302, 303).

Приложение 12. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затроемкости и тарифы на случай лечения по клинико-статистическим группам в условиях стационара (раздел 101).

Приложение 12А. Управленческие коэффициенты по КСГ в условиях стационара.

Приложение 12Б. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Приложение 13. Перечень случаев, при которых применяется коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

Приложение 14. Перечень диагнозов основного заболевания по МКБ-10 у новорожденных в акушерских отделениях для применения коэффициента сложности лечения пациента к родоразрешающим КСГ (4,5).

Приложение 15. Группы заболеваний, случаи госпитализаций по которым считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней.

Приложение 16. Тарифы на медицинские услуги в условиях стационара (раздел 103, 107).

Приложение 17. Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС за счет субвенции из бюджета ФФОМС (раздел 106).

Приложение 18. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости и тарифы на случай лечения по клинико-статистическим группам в условиях дневного стационара (раздел 201).

Приложение 18А. Управленческие коэффициенты по КСГ в условиях дневного стационара.

Приложение 19. Тарифы на медицинские услуги в условиях дневного стационара (раздел 205, 206).

Приложение 20. Тарифы на вызов скорой медицинской помощи (раздел 400).

Приложение 21. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение 22. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи.

Приложение 23. Тарифы на медицинские услуги при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (раздел 401).

Приложение 24. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан, кроме скорой медицинской помощи.

Приложение 25. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан по скорой медицинской помощи.

Приложение 26. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан (кроме скорой медицинской помощи) при оказании «внешних» медицинских услуг в амбулаторных условиях медицинскими организациями-исполнителями прикрепленным застрахованным лицам к медицинским организациям-фондодержателям.

Министр здравоохранения
Свердловской области



Белявский А.Р.

Первый заместитель директора Территориального
фонда обязательного медицинского страхования
Свердловской области



Демина Т. В.

Председатель Правления СМК «АСТРАМЕД – МС»
(АО), представитель некоммерческой организации
«Межрегиональный Союз Медицинских Страховщиков»
на территории г. Екатеринбурга
и Свердловской области

Коновалова Г. В.

Председатель некоммерческого партнерства
«Медицинская палата Свердловской области»,
главный врач ГБУЗ СОКБ № 1

Бадаев Ф. И.

Председатель Свердловской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



Трифонова С.А.