

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Саратов

«06» апреля 2015г.

1. Общие положения

Настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области (далее – Тарифное соглашение) разработано в целях реализации на территории Саратовской области Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 года №1273 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2015 и плановый период 2016 и 2017 годов», постановления Правительства Саратовской области от 25 декабря 2014 г. № 710-П «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 г. №158н, действующими федеральными и областными правовыми актами об оплате медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования.

Тарифы на медицинскую помощь являются предметом соглашения между Министерством здравоохранения Саратовской области в лице министра здравоохранения Данилова А.Н., Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Саратовской области в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саухина А.Н., ОАО «РОСНО-МС» (Открытое акционерное общество Страховая компания «РОСНО-МС») в лице директора филиала «Саратов – РОСНО - МС» ОАО «РОСНО-МС» Гончарова Д.Г. (по доверенности), ООО «РГС-Медицина» (Общество с ограниченной ответственностью «Росгосстрах-Медицина») в лице директора филиала ООО «РГС-Медицина» - «Росгосстрах-Саратов-Медицина» Захарчука И.Б. (по доверенности), Саратовская областная организация профсоюза работников здравоохранения в лице председателя Саратовской областной организации профсоюза работников здравоохранения Дурнова В.П., именуемые в дальнейшем Сторонами.

Стороны заключили настоящее тарифное соглашение по ОМС Саратовской области о нижеследующем:

2. Способы оплаты медицинской помощи

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы Саратовской области.

Объемы медицинской помощи, установленные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи жителям Саратовской области за её пределами.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС, осуществляется в соответствии со следующими способами оплаты медицинской помощи:

1. В условиях круглосуточного стационара – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

2. В амбулаторно-поликлинических условиях – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

3. В условиях дневных стационаров – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы).

4. Стоматологическая помощь – по условным единицам трудоемкости (УЕТ).

5. Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации, – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Перечни медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по условиям предоставления, представлены в приложениях 2, 2.2, 2.3, 3, 4.

Перечни медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, представлены в приложениях 7, 8.

Перечни медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, представлены в приложениях 6, 9, 10, 11.5, 12, 13, 15, 15.1, 15.2, 15.3, 15.4, 15.5.

Пребывание в стационаре или дневных стационарах до 3-х койко-дней (пациенто-дней) включительно, за исключением случаев, соответствующих стандартам оказания медицинской помощи, и летальных исходов, оплачивается по тарифам, размер которых составляет 20% от тарифов на

оплату медицинской помощи в стационарных условиях или от тарифов на медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях производится:

за посещение в связи с профилактической и иными целями (разовые посещения по поводу заболевания, связанные с диагностическим обследованием, направлением на госпитализацию, в дневной стационар), в связи с оказанием неотложной помощи (включая оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием);

за обращение в связи с заболеванием;

по условным единицам трудоемкости (УЕТ)- в стоматологических поликлиниках.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения в амбулаторных условиях у лечащего врача с кратностью не менее 2-х посещений по поводу одного заболевания.

Неотложная медицинская помощь может оказываться в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи фельдшерами, а также в качестве первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами – специалистами. Тарифы на оплату неотложной медицинской помощи устанавливаются едиными для медицинских организаций.

Оплата медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья, осуществляется за случай комплексного обследования (для впервые обратившихся граждан) и за посещение для динамического наблюдения.

Оплата доврачебной медицинской помощи, оказанной на фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП), производится в рамках финансирования ФАП по подушевым нормативам.

Оплата скорой медицинской помощи (СМП), оказанной вне медицинской организации (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), производится в рамках финансирования станций и отделений (структурных подразделений медицинских организаций) скорой медицинской помощи, по подушевым нормативам.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет иных средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

За счет средств ОМС осуществляются мероприятия по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), за исключением вспомогательных репродуктивных

технологий (экстракорпорального оплодотворения), включенных в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (раздел II), утвержденный постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 и производятся по законченному случаю применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) в условиях дневного стационара.

Проведение заместительной почечной терапии методами гемодиализа (гемодиафильтрации) и перитонеального диализа осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи в стационарных или амбулаторных условиях и оплачивается за медицинскую услугу диализа. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения; по проведению 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения с использованием мобильного лечебно-профилактического комплекса; профилактических медицинских осмотров взрослого населения; диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью; профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в возрасте: новорожденный, 1-12 месяцев, 1 год 3 месяца, 1 год 6 месяцев, 1 год 9 месяцев, 2 года, 2 года 6 месяцев, с 3-17 лет осуществляется по законченному случаю,

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, при проведении периодических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется по посещениям врачебных специальностей «педиатрия» или «общая врачебная практика» (семейная медицина).

Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03 декабря 2012 года №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»; профилактических осмотров взрослого населения - приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06 декабря 2012 года №1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»; диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, - приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 года №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»; диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью,- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 года №216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных

(удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью»; прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров - приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

Оплата медицинской помощи в ГУЗ СО «Детский центр медицинской реабилитации» осуществляется в амбулаторных условиях за обращение (медицинскую услугу) по медицинской реабилитации.

Обращение по профилю медицинская реабилитация включает в себя консультации врачей специалистов, проведение физиотерапевтических процедур, лабораторных, диагностических исследований, лечебной физкультуры и массажа.

Оказание медицинской помощи в неотложной форме в приемных отделениях стационаров при проведении комплекса диагностических исследований без последующей госпитализации оплачивается по посещениям. Посещение в приемном отделении стационара – случай оказания медицинской помощи в неотложной форме с проведением комплекса диагностических исследований больным, не подлежащим госпитализации.

Медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, предъявляется к оплате при наступлении выздоровления, ремиссии, прекращении лечения в случае перевода в другую медицинскую организацию, а также при летальном исходе.

Расходы на оказание медицинских услуг в приемных отделениях, параклинических подразделениях (физиотерапевтических, рентгенологических, флюорографических, эндоскопических кабинетах, кабинетах ЛФК и массажа, лабораторной и функциональной диагностики), отделениях реанимации и интенсивной терапии, оперблоках и других общебольничных подразделениях отдельно не выделяются.

Медицинские услуги, оказанные врачами рентгенологами (в т.ч. кабинетов флюорографии), эндоскопистами, физиотерапевтами, кабинета ЛФК, функциональной и лабораторной диагностики, самостоятельно не тарифицируются.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается в зависимости от условий оказания медицинской помощи:

вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Тарифы на медицинскую помощь, оказанную в стационарных и амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, приведены в приложениях 2, 2.2, 2.3, 3, 4.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Саратовской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2015 год, составляет – 4 122,8 руб. на 1 застрахованное лицо для всех половозрастных групп.

Тарифы на стационарную помощь рассчитываются как произведение базовой ставки финансирования стационарной медицинской помощи, коэффициентов относительной затратоемкости по КППГ или КСГ, коэффициентов уровня оказания медицинской помощи и управленческих коэффициентов.

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи (стоимость одного случая лечения) устанавливается в размере 14 731,0 рублей. Базовая ставка подлежит корректировке в случае изменения факторов, влияющих на ее величину.

Уровни оказания медицинской помощи (первый, второй, третий) устанавливаются в соответствии с приказом МЗ СО от 04.03.2014 №176 «Об утверждении трехуровневой системы оказания медицинской помощи в Саратовской области» (в редакции приказа МЗ СО от 15 января 2015 №59). Перечень медицинских организаций в разрезе уровней оказания медицинской помощи приведен в приложении 1.

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи приведены в приложении 1.

Управленческие коэффициенты оплаты КППГ или КСГ для медицинской помощи в стационарных условиях устанавливаются в зависимости от фактических затрат медицинских организаций на оказание

медицинской помощи с учетом финансирования из различных источников и приведены в приложениях 2, 2.2.

Коэффициенты относительной затратоемкости КПП устанавливаются в соответствии с письмом Министерства здравоохранения РФ и ФОМС от 15 декабря 2014 г. № 11-9/10/2-9454 и №6432/21-3/и «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», и приведены в приложении 2, 2.1.

Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КПП), в том числе на основе клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФОМС от 15 декабря 2014 г. № 11-9/10/2-9454 и №6432/21-3/и.

Формирование КПП осуществляется на основе профилей медицинской деятельности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 года № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

Распределение заболеваний в соответствии с кодами по МКБ 10, хирургических операций в соответствии номенклатурой медицинских услуг, а также коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (по письму Министерства здравоохранения РФ и ФОМС от 15 декабря 2014 г. № 11-9/10/2-9454 и №6432/21-3/и «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи») приведены в приложении 2.1.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

- диагноз (код по МКБ 10) – для терапевтических и части хирургических КСГ;
- хирургическая операция и/или другой применяемый специальный метод лечения, сложная медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (в редакции приказа МЗ РФ от 28 октября 2013 года №794н), при наличии;
- возрастная категория пациента – для части КСГ;
- пол – для части КСГ;
- длительность лечения – для части КСГ.

При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, отнесение случая лечения к той или иной КСГ

осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратоемкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ 10, оплата осуществляется по группе с наибольшим коэффициентом.

В случае несоответствия оказанной услуги медицинской помощи параметрам определения КСГ и/или профилю коек КСГ оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в стационарных условиях (приложение 2) на основе клинико-профильных групп (КПГ), объединяющих заболевания.

Тарифы на отдельные виды высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, формируются в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, раздела I приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденным постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 и приложением 10, направленным письмом Министерства здравоохранения РФ от 12 декабря 2014 г. № 11-9/10/2-99388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», и приведены в приложении 2.3.

Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях и медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов устанавливаются по врачебным специальностям отдельно для взрослых и детей.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Саратовской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2015 год, составляет – 732,6 руб. на 1 застрахованное лицо для всех половозрастных групп.

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневных стационаров (стоимость одного случая лечения) устанавливается в размере 7008,2 рублей. Базовая ставка подлежит корректировке в случае изменения факторов, влияющих на ее величину.

Тарифы на медицинскую помощь в условиях дневных стационаров рассчитываются как произведение базовой ставки финансирования медицинской помощи в условиях дневных стационаров, коэффициентов относительной затратоемкости по КПГ (КСГ), коэффициентов уровня

оказания медицинской помощи и управленческих коэффициентов по каждой клинико-статистической группе болезней (КСГ) или клинико-профильным группам (КПГ).

Управленческие коэффициенты оплаты КПГ или КСГ для медицинской помощи в дневных стационарах устанавливаются в зависимости от фактических затрат медицинских организаций на оказание медицинской помощи с учетом финансирования из различных источников и приведены в приложении 3.

Коэффициенты относительной затратоемкости по КПГ (КСГ) для дневных стационаров приведены в приложении 3.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Саратовской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2015 год, составляет – 2833,5 руб. на 1 застрахованное лицо для всех половозрастных групп, в том числе:

- с профилактической и иными целями – 808,2 руб.;
- в связи с заболеваниями – 1919,6 руб.;
- в неотложной форме – 105,7 руб.

Стоимость посещений в связи с профилактической и иными целями и обращений в связи с заболеванием устанавливается с учетом фактических затрат на оказание медицинской помощи и относительных коэффициентов стоимости единицы объема по соответствующей специальности.

Относительные коэффициенты стоимости единицы объема по соответствующей специальности, установлены письмом Минздрава России от 12 декабря 2014 г. № 11-9/10/2-9388, и приведены в приложении 4.

Условные единицы учета трудоемкости работы (УЕТ) врачей-стоматологов и зубных врачей определяются в соответствии с Классификатором основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий (приложение №3 Методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 28.08.2001 №2510/9257-01, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 28.08.2001 №3159/40-1 и согласованных Министерством финансов Российской Федерации 28.08.2001 №12-03-03).

При пересчете УЕТ в посещения используется переводной коэффициент. Посещение к стоматологу включает в среднем 4 УЕТ.

Оплата случаев неотложной медицинской помощи (при условии создания в структуре медицинских организаций структурного подразделения

для оказания неотложной медицинской помощи) производится по тарифам, приведенным в приложении 5.

Тарифы на медицинские услуги в центрах здоровья приведены в приложении 6. Объем комплексного обследования в центрах здоровья установлен приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращения потребления алкоголя и табака» (с изменениями и дополнениями).

В соответствии с рекомендациями врача центра здоровья динамическое наблюдение граждан осуществляется: по направлению медицинской организации по месту их прикрепления; направлению медицинских работников образовательных учреждений; направлению врачей, ответственных за проведение диспансеризации работающих граждан.

Объем финансирования фельдшерско-акушерских пунктов рассчитывается исходя из подушевого норматива финансирования, установленного для медицинской организации, в составе которой они находятся, и численности прикрепившихся застрахованных лиц к ФАП, определяемой на основании данных персонального учета (в соответствии с «Актом сверки численности застрахованного населения» между ТФОМС и СМО). Подушевые нормативы финансирования доврачебной медицинской помощи, оказанной в фельдшерско-акушерских пунктах, установленные для медицинских организаций, приведены в приложении 7.

При осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Саратовской области, стоимость доврачебной медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом в фельдшерско-акушерских пунктах, определяется, исходя из стоимости одного посещения, равной 97,9 рубля.

Медицинские организации, ведут учет медицинской помощи, оказанной в ФАП, застрахованным лицам, и в установленном порядке представляют реестр медицинских услуг (посещений) в страховые медицинские организации и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (для лиц, застрахованных за пределами Саратовской области).

Средний размер финансового обеспечения на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Саратовской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2015 год, составляет – 544,4 руб. на 1 застрахованное лицо для всех половозрастных групп.

Объем финансирования станций, отделений скорой медицинской помощи рассчитывается исходя из подушевого норматива финансирования, установленного для медицинской организации, и численности обслуживаемых ими застрахованных лиц, определяемой на основании данных персонального учета (в соответствии с «Актом сверки численности застрахованного населения» между ТФОМС и СМО). При установлении размера подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применялся единый половозрастной коэффициент дифференциации равный единице для всех половозрастных групп.

Подушевые нормативы финансирования для скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, приведены в приложении 8.

При осуществлении расчетов за скорую медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Саратовской области, стоимость медицинской помощи, определяется, исходя из стоимости одного вызова, равной 1 477,9 рубля.

Медицинские организации, ведут учет медицинской помощи, оказанной СМП застрахованным лицам, и в установленном порядке представляют реестр медицинских услуг (вызовов) в страховые медицинские организации и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (для лиц, застрахованных за пределами Саратовской области).

Тарифы по законченному случаю применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) в условиях дневного стационара приведены в приложение 9.

Тарифы за проведение заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, приведены в приложении 10.

Тарифы на оплату медицинской помощи по проведению: диспансеризации определенных групп взрослого населения приведены в приложении 11;

диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, приведены в приложении 11.1;

профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних приведены в приложении 11.2;

предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних приведены в приложении 11.3;

профилактических медицинских осмотров взрослого населения приведены в приложении 11.4»;

на оплату медицинской помощи по проведению 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения с использованием мобильного лечебно-профилактического комплекса приведены в приложении 11.5.

Тариф на оплату обращения (медицинской услуги) по медицинской реабилитации для ГУЗ СО «Детский центр медицинской реабилитации» приведен в приложении 12.

«Тариф на оплату посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме в приемных отделениях стационаров при проведении комплекса диагностических исследований без последующей госпитализации приведен в приложении 13.

Форма счетов и реестров счетов медицинских организаций устанавливается Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ТФОМС) в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя 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 медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Рекомендуемая структура расходования средств устанавливается в процентном отношении по следующим направлениям:

расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;

приобретение лекарственных средств и расходных материалов;

продуктов питания;

прочие (остальные) статьи расходования средств.

Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в зависимости от условий оказания медицинской помощи в приложении 14.

Лекарственные препараты, медицинские изделия, необходимые для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в условиях дневных стационаров, а также скорой и неотложной медицинской помощи применяются в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (приложение 4 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной постановлением Правительства Саратовской области от «25» декабря 2014 года №710-П), со стандартами медицинской помощи.

Организация питания должна осуществляться в соответствии с нормативно-правовыми актами, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Средства на оплату труда расходуются медицинскими организациями на основании нормативных актов по оплате труда, разработанных в соответствии требованиями законодательства, с учетом особенностей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников.

Расходы на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты: врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым, врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым 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.

Медицинские организации должны использовать средства обязательного медицинского страхования (ОМС), полученные за оказанную медицинскую помощь, на статьи затрат, включенные в структуру тарифа.

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

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования осуществляют в пределах своей компетенции министерство здравоохранения, ТФОМС и страховые медицинские организации в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями), приказом ФОМС от 01.12.2010 г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с изменениями), Перечнем обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи (в том числе скорой медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества и размер последствий неисполнения обязательств, утвержденным Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Саратовской области, условиями заключенных договоров в сфере ОМС.

Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в ФАП, начисляются, исходя из стоимости одного посещения, равной 97,9 рубля. Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи начисляются, исходя из стоимости одного вызова, равной 1 477,9 рубля.

5.Заключительные положения

При превышении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Саратовской области медицинским организациям, тарифы на оплату медицинской помощи пересматриваются.

При оказании медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти (Министерство здравоохранения РФ, Федеральное медико-биологическое агентство, Федеральная служба исполнения наказаний, Министерство внутренних дел РФ, Министерство обороны РФ и т.д.), при заболеваниях и состояниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение медицинской помощи в объеме, превышающем объемы медицинской помощи, установленные решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного

медицинского страхования, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 марта 2015 года.

Внесение изменений и дополнений в Тарифное соглашение производится по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Саратовской области. Действие настоящего Тарифного соглашения прекращается с принятием нового Тарифного соглашения.

Министр здравоохранения Саратовской области

 **А.Н.Данилов**
« 03 » **апрель** 2015г.

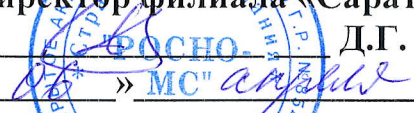
Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области

 **А.Н.Саухин**
« 31 » **апрель** 2015г.

Председатель Саратовской областной организации профсоюза работников здравоохранения

 **В.П. Дурнов**
« 06 » **апрель** 2015г.

Директор филиала «Саратов-РОСНО-МС» ОАО «РОСНО-МС»

 **Д.Г. Гончаров**
« 03 » **МС" апрель** 2015г.

Директор филиала ООО «РГС-Медицина» - «Росгосстрах-Саратов-Медицина»

 **Захарчук И.Б.**
« 06 » **апрель** 2015г.