

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Саратов

«29» января 2016 г.

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 19 декабря 2015 года №1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», постановления Правительства Саратовской области от 25 декабря 2015 г. № 654-П «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2016 год», Правил обязательного медицинского страхования, утверждённых приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 г. №158н, действующих федеральных и областных правовых актов об оплате медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования.

Тарифное соглашение заключено между Министерством здравоохранения Саратовской области в лице министра здравоохранения Никулиной Ж.А., 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), ЗАО «МАКС-М» (Закрытое акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания») в лице директора филиала ЗАО «МАКС-М» в г. Саратове Гусева А.В. (по доверенности), Саратовская областная организация профсоюза работников здравоохранения в лице председателя Саратовской областной организации профсоюза работников здравоохранения Дурнова В.П., именуемые в дальнейшем Сторонами.

Предметом Тарифного соглашения являются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Саратовской области.

Основные понятия и термины:

медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

случай оказания медицинской помощи – медицинская услуга или совокупность медицинских услуг, оказанных лицам, застрахованным по ОМС, в связи с наступлением страхового случая в пределах одного вида условий оказания медицинской помощи (амбулаторно, стационарно, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации);

клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-емкости и поправочных коэффициентов;

базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

коэффициент относительной затратно-емкости по клинико-статистической группе заболеваний – коэффициент, характеризующий отношение затратно-емкости клинико – статистической группы к базовой ставке финансирования медицинской помощи;

коэффициент относительной затратно-емкости по клинико-профильной группе заболеваний – коэффициент, характеризующий отношение затратно-емкости клинико – профильной группы к базовой ставке финансирования медицинской помощи;

поправочные коэффициенты - устанавливаемые тарифным соглашением: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

коэффициент уровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания

медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение; медицинская услуга является единицей учета и имеет соответствующий тариф;

номенклатура медицинских услуг – перечень медицинских услуг, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (в редакции приказа Министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 2014 г. № 813н);

прикрепленное население – застрахованные по ОМС лица, получающие медицинскую помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи, и проживающие (пребывающие) на территории, находящейся в зоне обслуживания медицинской организации, или включенные по желанию пациента в поимённые списки, сформированные на основании приказов Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 года №366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи», от 26 апреля 2012 года №406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», от 15 мая 2012 года №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приказа Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 года № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

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 ОМС, 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 стационарных условиях – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний), или в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащий в том числе методы лечения), включенных в базовую программу ОМС.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в приложении 1.

Перечень медицинских организаций, оказывающих ВМП в стационарных условиях, представлен в приложении 5.3.

Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе сверхкоротких случаев лечения, приведен в разделе 3 настоящего тарифного соглашения «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи».

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

Медицинская помощь, оказанная фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), - по дифференцированному по полу и возрасту подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Стоматологическая медицинская помощь - по посещениям и обращениям с учетом количества условных единиц трудоемкости (далее УЕТ).

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к ФАП застрахованных лиц, представлен в приложении 2.

Перечень медицинских организаций, участвующих в проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, представлены в приложениях 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5.

3. В условиях дневного стационара – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу).

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в приложении 3.

4. Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации, – по дифференцированному по полу и возрасту подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи и медицинскую услугу (тромболизис).

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, представлен в приложении 4.

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 посещениям и обращениям с учетом количества 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.

Оплата амбулаторной медицинской помощи по поводу заболеваний, при которых длительность лечения превышает один отчетный период, производится за одно обращение по поводу заболевания в каждом отчетном периоде.

Объем стоматологической помощи, оказанной в рамках одного посещения (обращения), определяется в условных единицах трудоемкости (УЕТ). Оплата осуществляется по количеству УЕТ. В среднем по Российской Федерации на одно посещение приходится 3,8 УЕТ.

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 всех 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, осуществляется в рамках их финансирования по подушевым нормативам, дифференцированным по полу и возрасту прикрепившихся застрахованных лиц. Оплата медицинской помощи, оказанной на ФАП, при межтерриториальных расчетах осуществляется по посещениям (обращениям).

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, дифференцированным по полу и возрасту застрахованных лиц. Оплата за вызов СМП осуществляется при межтерриториальных расчетах. Проведение тромболизиса на этапе СМП оплачивается как медицинская услуга, дополнительно к оплате по подушевым нормативам или вызовам.

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

Оплата лечения с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) в условиях дневного стационара производится по законченному случаю.

Заместительная почечная терапия методами диализа застрахованным лицам осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, условиях дневного стационара, амбулаторно и оплачивается за медицинскую услугу. Проезд пациентов до места оказания данных медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан осуществляются в рамках первичной медико-санитарной помощи в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата диспансеризации и профилактических медицинских осмотров осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения (комплексное посещение) и по медицинским услугам при выполнении II этапа диспансеризации взрослого населения.

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 том числе в случае перевода в другую медицинскую организацию, а также при прекращении лечения по инициативе пациента и 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 5.1, 5.2, 5.3, 6, 7.

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 2016 год, составляет – **4 158,20** 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 **15 965,80** 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 **14 января 2016 №11**).

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 по КППГ/КСГ приведены в приложениях 5.1 и 5.2.

Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КППГ устанавливаются в соответствии с письмом Министерства здравоохранения РФ и ФОМС от 24 декабря 2015 г. №11-9/10/2-7938 и №8089/21-и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», и приведены в приложении 5.1 и 5.2.

Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КППГ), 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 24 декабря 2015 г. № 11-9/10/2-7938 и №8089/21-и.

Формирование КППГ 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» (с изменениями и дополнениями).

Распределение заболеваний в стационарных условиях в соответствии с кодами МКБ 10, хирургических операций в соответствии номенклатурой медицинских услуг, приведены в приложении 5.0.

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

1. Основные классификационные критерии:

- диагноз (код по МКБ 10);
 - хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой), при наличии;
2. Дополнительные классификационные критерии:
- возрастная категория пациента;
 - сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
 - пол;
 - длительность лечения.

В случае несоответствия оказанной услуги медицинской помощи параметрам определения КСГ по профилю медицинской помощи педиатрия, терапия, хирургия оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в стационарных условиях (приложение 5.2) на основе клинико-профильных групп (КПГ).

Пребывание в стационаре до 3-х койко-дней включительно, за исключением летальных исходов, ВМП и случаев входящих в следующий перечень клинико-статистических групп (2 Осложнения, связанные с беременностью; 3 Беременность, закончившаяся абортным исходом; 4 родоразрешение; 5 кесарево сечение; 11 Операции на женских половых органах (уровень затрат 1); 12 Операции на женских половых органах (уровень затрат 2); 16 Ангioneвротический отек, анафилактический шок; 83 Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина; 84 Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина; 97 Сотрясение головного мозга; 140 Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы; 148 Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1); 149 Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2); 154 Операции на органе зрения (уровень 1); 155 Операции на органе зрения (уровень 2); 179 Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы; 200 Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1); 252 Доброкачественные новообразования, новообразования *in situ* кожи, жировой ткани; 281 Операции на органах полости рта (уровень 1); 295 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии; 299 Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов), а также при невыполнении хирургического лечения или других каких-либо вмешательств, определяющих отнесения случаев к КСГ, оплачивается по тарифам, размер которых составляет 20% от тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях.

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата осуществляется по двум КСГ («Осложнения беременности» и «Родоразрешение») в случае

пребывания в отделение патологии беременности не менее 6 дней и вводится в действие с 01 февраля 2016 года.

КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

Оплата по профилю медицинской помощи «Медицинская реабилитация» в стационарных условиях осуществляется в случае пребывания пациента в отделении в течении 14 дней и более.

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, утвержденным постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 №1382 на 2016 год, и приложением 10, направленным письмом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2015 г. № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», и приведены в приложении 5.3.

В случае несоответствия оказанной медицинской помощи по ВПМ параметрам определения высокотехнологичной медицинской помощи оплата медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту в рамках одной госпитализации, производится в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой с учетом классификационных критериев, и по тарифу высокотехнологичной медицинской помощи.

Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях устанавливаются по врачебным специальностям отдельно для взрослых и детей, медицинскую помощь в условиях дневных стационаров - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу).

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 2016 год, составляет – **686,40** 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 **8 753,10** 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 КПП (КСГ), коэффициентов уровня оказания медицинской помощи и управленческих коэффициентов по каждой клинко-статистической группе болезней (КСГ) или клинко-профильным группам (КПП).

Коэффициенты относительной затратоемкости по КПП (КСГ) для дневных стационаров установлены в соответствии с письмом Министерства здравоохранения РФ и ФОМС от 24 декабря 2015 г. №11-9/10/2-7938 и №8089/21-и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» и приведены в приложении 6.

Распределение заболеваний в условиях дневного стационара в соответствии с кодами МКБ 10, хирургических операций в соответствии номенклатурой медицинских услуг, приведены в приложении 6.0.

Пребывание в дневном стационаре до 3-х пациенто-дней включительно (за исключением предусмотренных стандартами медицинской помощи случаев с длительностью лечения до 3-х пациенто-дней) оплачивается по тарифам, размер которых составляет 20% от тарифов на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара.

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 2016 год, составляет – **2 954,90** руб. на 1 застрахованное лицо для всех половозрастных групп, в том числе:

- с профилактической и иными целями – 843,70 руб.;
- в связи с заболеваниями – 1991,30 руб.;
- в неотложной форме – 119,90 руб.

Стоимость посещений с профилактической и иными целями и обращений в связи с заболеванием устанавливается с учетом относительных

коэффициентов стоимости единицы объема по соответствующей специальности.

Относительные коэффициенты стоимости единицы объема по соответствующей специальности, установлены в соответствии с письмом Минздрава России и ФОМС от 24 декабря 2015 г. № 11-9/10/2-7938, №8089/21-и, и приведены в приложении 7.

Условные единицы учета трудоемкости работы (УЕТ) врачей-стоматологов и зубных врачей определяются в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (приложение №8 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 №11-9/10/2-7938, №8089/21-и).

Оплата случаев неотложной медицинской помощи, в том числе при условии создания в структуре медицинских организаций структурного подразделения для оказания неотложной медицинской помощи, производится по тарифам, приведенным в приложении 7.4.

Тарифы на медицинские услуги в центрах здоровья приведены в приложении 7.3. 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.

Объем финансирования фельдшерско-акушерских пунктов рассчитывается, исходя из дифференцированного по полу и возрасту подушевого норматива финансирования и численности прикрепившихся к ФАП застрахованных лиц, определяемой на основании данных персонального учета (в соответствии с «Актом сверки численности застрахованного населения» между ТФОМС и СМО). Для расчета ежемесячного объема финансирования доврачебной медицинской помощи, оказанной в фельдшерско-акушерских пунктах, принимается численность прикрепленных к ФАП застрахованных лиц, по состоянию на первое число месяца, следующего за отчетным.

Среднедушевой норматив финансирования ФАП равен **85,81** рубль. Коэффициенты дифференциации среднедушевого норматива финансирования доврачебной медицинской помощи, оказанной в фельдшерско-акушерских пунктах, в разрезе половозрастных групп прикрепленного населения, приведены в приложении 7.1.

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 посещения с профилактической и иными целями, равной 161,30 рубля (взрослые), 243,30 рубля (дети); стоимости обращения равной 428,60 рубля (взрослые), 661,40 рубля (дети).

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).

Тарифы на оплату медицинской помощи по проведению:

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 7.2.1;

периодических медицинских осмотров несовершеннолетних приведены в приложении 7.2.2.

профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних приведены в приложении 7.2.3;

I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения приведены в приложении 7.2.4;

II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения приведены в приложении 7.2.5;

I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения с использованием мобильного лечебно-профилактического комплекса приведены в приложении 7.2.6;

профилактических медицинских осмотров взрослого населения приведены в приложении 7.2.7;

предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних приведены в приложении 7.2.8;

Тариф на оплату медицинской помощи по проведению I этапа диспансеризации по врачебной специальности «Диспансеризация терапия, ВОП» - 259,20 руб. применяется в случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и

учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации.

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 2016 год, составляет – **524,70 руб.** на 1 застрахованное лицо для всех половозрастных групп.

Объем финансирования станций, отделений скорой медицинской помощи рассчитывается исходя из дифференцированного по полу и возрасту норматива финансирования, и численности обслуживаемых ими застрахованных лиц, определяемой на основании данных персонального учета (в соответствии с «Актом сверки численности застрахованного населения» между ТФОМС и СМО). Для расчета ежемесячного объема финансирования на СМП принимается численность контингента застрахованных лиц, обслуживаемой СМП, по состоянию на первое число месяца следующего за отчетным.

Коэффициент дифференциации среднедушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в разрезе половозрастных групп застрахованного населения приведен в приложении 8.

Среднедушевой норматив финансирования для скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, равен **40,15** рублей.

Тариф на проведение тромболизиса из расчета на один вызов бригады скорой медицинской помощи приведен в приложении 12 и действует с 01 февраля 2016 года.

При осуществлении расчетов за скорую медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Саратовской области, стоимость медицинской помощи, определяется, исходя из стоимости одного вызова, равной 1 749,10 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).

Тариф на случай экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара приведен в приложение 6.

Тарифы за проведение заместительной почечной терапии методами диализа, приведены в приложении 9.

Тариф на оплату обращения (медицинской услуги) по медицинской реабилитации для ГУЗ СО «Детский центр медицинской реабилитации» приведен в приложении 10.

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 11.

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» (с изменениями и дополнениями).

В соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании расходы медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

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 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Саратовской области от «25» декабря 2015 года №654-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 врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

За нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования применяются санкции, определенные приказом ФОМС от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с изменениями), в размерах, определенных пунктами 127.1 – 127.5 Правил обязательного медицинского

страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н (в редакции приказа Министерства здравоохранения РФ от 06.08.2015 №536н).

Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в ФАП, начисляются, исходя из стоимости посещения с профилактической и иными целями, равной 161,30 рубля (взрослые), 243,30 рубля (дети); стоимости обращения равной 428,60 рубля (взрослые), 661,40 рубля (дети).

Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи начисляются, исходя из стоимости одного вызова, равной 1 749,10 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 могут пересматриваться.

Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2016 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

 **Ж.А.Никулина**

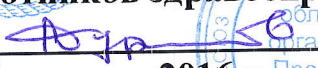
 «28» января 2016 г.

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области

 **А.Н.Саухин**

 «27» января 2016 г.

Председатель Саратовской областной организации профсоюза работников здравоохранения

 **В.П. Дурнов**

 «29» января 2016 г.

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

Д.Г. Гончаров

«29» января 2016 г.



Директор филиала ЗАО «МАКС-М» в г.Саратове

А.В. Гусев

«29» января 2016 г.

А.В. Гусев

