

## СОГЛАШЕНИЕ О ТАРИФАХ

на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Хабаровского края

« 27 » декабря 2018 г.

г. Хабаровск

Министерство здравоохранения Хабаровского края в лице министра здравоохранения Хабаровского края Витько А.В., Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования в лице директора Пузаковой Е.В.

Представители страховых медицинских организаций в лице:

- директора Хабаровского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» Лазерко Н.А.,
- директора филиала "Хабаровский" акционерного общества "Страховая группа "Спасские ворота-М Шептур Ю.В..

Представители от профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций) в лице:

- председателя Союза «Хабаровское краевое объединение организации профсоюзов» Кононенко Г.А.,
- председателя Хабаровской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Адмидиной О.В.

Представители от медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) в лице:

- члена общественной организации "Хабаровская краевая ассоциация эндокринологов" Ушакова О.В.,
- члена региональной общественной организации «Медицинская ассоциация Хабаровского края» Чижова Г.В.

на основании статьи 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ, совместно в дальнейшем именуемые «Участники соглашения», заключили настоящее Соглашение о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Хабаровского края (далее - Соглашение).

### I ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Соглашение разработано с учетом следующих нормативных правовых актов Российской Федерации и Хабаровского края:

- Конституция Российской Федерации;
- Гражданский кодекс Российской Федерации;
- Налоговый кодекс Российской Федерации;
- Бюджетный кодекс Российской Федерации;
- Трудовой кодекс Российской Федерации;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 28.11.2018 N 433-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов";
- Закон Российской Федерации от 19.02.1993 № 4520-1 «О государственных

гарантиях и компенсациях для лиц, работающих и проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях»;

- Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»;

- Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

- Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 N 1506 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов";

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (в ред. от 18.10.2018 №1240) «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;

- Закон Хабаровского края от 05.12.2018 № 387 «О краевом бюджете на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

- Закон Хабаровского края от 05.12.2018 № 388 «О бюджете Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

- Постановление Правительства Хабаровского края от 28.12.2018 № 500-пр «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

- Постановление Правительства Хабаровского края от 22.10.2013 № 350-пр «О государственной программе Хабаровского края «Развитие здравоохранения Хабаровского края»;

- распоряжение Правительства Хабаровского края от 21.07.2014 № 516-рп «О Плана мероприятий («дорожной карте») «Повышение эффективности и качества услуг здравоохранения в Хабаровском крае»;

- распоряжение Правительства Хабаровского края от 20.06.2016 N 448-рп «О ходе реализации Плана мероприятий ("дорожной карте") "Повышение эффективности и качества услуг здравоохранения в Хабаровском крае»;

- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

- приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 (в ред. от 21.11.2018 №247) «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 №11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании

территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

- совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2018 № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 14525/26-1/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»;

- письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования 03.12.2018 № 15031/26-1/и «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются:

1.2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2019 году.

1.2.2. Способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС).

1.2.3. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.3. Термины и определения, применяемые в Соглашении, приведены в Порядке расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на 2019 год (Приложение № 3).

## II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), участвующих в реализации территориальной программы ОМС, и условия оказания ими медицинской помощи (Приложение № 1).

2.2. При реализации территориальной программы ОМС на территории Хабаровского края применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС:

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с

учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

В рамках подушевого финансирования производится оплата объемов обращений по заболеванию, посещений с профилактической целью (за исключением мероприятий по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения с периодичностью 1 раз в три года, диспансеризации детей сирот и профилактических осмотров отдельных категорий граждан).

Выплата стимулирующей части финансового обеспечения амбулаторной помощи по подушевому нормативу осуществляется с учетом целевых показателей результативности деятельности медицинских организаций и критериев их оценки (п. 3.3.10. Соглашения) и в соответствии с п. 2.8 Порядка применения способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы ОМС (далее – Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, Порядок).

2.2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневных стационаров всех типов:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2.2.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) (далее – скорая медицинская помощь, СМП), – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

При осуществлении межтерриториальных расчетов оплата производится по тарифам за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

2.3. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, включая порядок оплаты прерванных случаев лечения в условиях стационара и дневного стационара приведен в Приложении № 2.

### III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ

Настоящее Соглашение устанавливает:

3.1. Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС (Приложение № 3).

3.2. Коэффициенты дифференциации, применяемые при определении тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программой ОМС (Приложение № 4).

3.3. Размеры тарифов на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (Приложения №№ 5 - 12):

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо в размере 6 210,2 рубля.

3.3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях (Приложение № 5).

3.3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан (Приложение № 6).

3.3.4. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, в размере 1 295,3 рубля.

3.3.5. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи (Приложение № 7).

3.3.6. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, связанные с уровнем расходов на содержание отдельных структурных подразделений, для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (Приложение № 8).

3.3.7. Коэффициенты дифференциации, учитывающие плотность населения, применяемые при расчете стоимости амбулаторной медицинской помощи и скорой медицинской помощи при оплате по подушевому нормативу (Приложение № 9).

3.3.8. Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций (в части амбулаторной медицинской помощи) (Приложение № 10).

3.3.9. Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи для однородных групп медицинских организаций (Приложение № 11).

3.3.10. Перечень целевых показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки для определения размера стимулирующей части оплаты по подушевому нормативу амбулаторно-поликлинической помощи (Приложение № 12).

3.4. В целях осуществления расчетов за медицинские услуги, оказанные в условиях круглосуточного стационара:

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 8 512,2 рубля.

3.4.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка), включенного в КСГ заболеваний – 23 150,0 рубля.

3.4.3. Перечень КСГ заболеваний в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости (Приложение № 13).

3.4.4. Перечень управленческих коэффициентов, применяемых при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ заболеваний (Таблица № 1, Приложение № 14).

3.4.5. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях стационара для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Хабаровском крае (Таблица № 1 Приложение № 15).

3.4.6. Перечень КСГ, к которым не применяются коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях стационара (Таблица № 2 Приложение № 15).

3.4.7. Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС (Приложение № 16).

3.5. В целях осуществления расчетов за медицинские услуги, оказанные в условиях дневного стационара:

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 1 859,1 рублей.

3.5.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневных стационаров (базовая ставка), включенного в КСГ заболеваний – 13 520,0 рублей.

3.5.3. Перечень управленческих коэффициентов, применяемых при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, по КСГ заболеваний (Таблица № 2, Приложение № 14).

3.5.4. Перечень КСГ заболеваний в условиях дневных стационаров с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости (Приложение № 17).

3.6. В качестве основных критериев группировки КСГ для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров используются следующие справочники, утвержденные Письмом Письмо> ФФОМС от 03.12.2018 N 15031/26-1/и<sup>1</sup>:

3.6.1. «МКБ 10» – справочник кодов МКБ 10 с указанием для каждого кода, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код диагноза (Приложение № 18).

3.6.2. «Номенклатура» – справочник кодов Номенклатуры<sup>2</sup>, с указанием для каждого кода услуги, включённого в группировку, номеров КСГ к которым может быть отнесен данный код (Приложение № 19).

3.6.3. «Схемы лекарственной терапии» - справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой

<sup>1</sup> <Письмо> ФФОМС от 03.12.2018 N 15031/26-1/и

<О направлении инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования>

<sup>2</sup> Номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н

может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы (Приложение № 20).

3.6.4. «Справочник Международных Непатентованных Наименований лекарственных препаратов в сочетании с лекарственной терапией» (сочетания МНН лекарственных препаратов), применяемых в сочетании с лучевой терапией, с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов); (Приложение № 20.1)

3.6.5. «Группировщик детальный» – таблица с расшифровкой кодов основных справочников (Приложение № 21).

3.6.6. «Структура справочников» – таблица, определяющая названия столбцов всех листов файла, а также обозначения кодов, вводимых в файле в дополнение к кодам основных справочников (Приложение № 22).

3.6.7. Распределение кодов МКБ 10, определяющих отнесение к КСГ "Политравма" по анатомическим областям (Приложение № 23).

3.7. В целях осуществления расчетов за медицинские услуги скорой медицинской помощи:

3.7.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 1 064,2 рубля.

3.7.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо в размере 670,00 рублей.

3.7.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 24).

3.7.4. Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций (в части скорой медицинской помощи) (Приложение № 25).

3.7.5. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для однородных групп медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь (Приложение № 26).

3.7.6. Тарифы за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (Приложение № 27).

3.8. Структуру тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС включающую 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.

3.9. Стоимость услуг диализа:

3.9.1. Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») в размере 5 949,00 рубля и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ») в размере 4 700,00 рубля.

3.9.2. Тарифы на оплату услуг диализа и коэффициенты относительной затратоемкости (Приложение № 28).

3.10. Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 29).

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

4.1. Настоящее Соглашение устанавливает 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 (далее – Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов) (Приложение № 30).

4.2. Для медицинских организаций, финансируемых в рамках подушевого способа оплаты (АПП, СМП) в целях определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи; а также определения размера суммы регрессного взыскания используются тарифы на единицу объема медицинской помощи (Приложение №5) и (или) тарифы за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение №27).

Размеры штрафа для данных медицинских организаций устанавливаются в виде норматива финансирования территориальной программы ОМС на 1 застрахованное лицо в год.

**V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

5.1. Соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения участников системы ОМС с 01 января 2019 года по 31 декабря 2019 года.

5.2. Приложения №№ 1-30 к Соглашению являются его неотъемлемой частью.

5.3. Изменение настоящего Соглашения осуществляется по взаимному согласию его Участников в письменной форме в виде Дополнительных соглашений к настоящему Соглашению, которые являются его неотъемлемой частью.



5.4. Соглашение размещается на официальном сайте министерства здравоохранения Хабаровского края и на официальном сайте Хабаровского краевого фонда ОМС.

Министр  
здравоохранения края



А.В. Витько

Директор Хабаровского  
краевого фонда обязательного  
медицинского страхования



Е.В. Пузакова

Председатель Хабаровской  
краевой организации  
профсоюза работников  
здравоохранения Российской  
Федерации



О.В. Адмидина

Председатель Союза  
«Хабаровского  
краевого объединения  
профсоюзов»




Г.А. Кононенко

Директор Хабаровского  
филиала  
акционерного общества  
«Страховая компания  
«СОГАЗ-МЕД»



Н.А. Лазерко

Член общественной  
организации "Хабаровская  
краевая ассоциация  
эндокринологов"



О.В. Ушакова

Директор филиала  
"Хабаровский"  
акционерного общества  
"Страховая группа "Спасские  
ворота-М



Ю.В. Шептур

Член Медицинской  
ассоциации Хабаровского  
края



Г.В. Чижова