

СОГЛАШЕНИЕ О ТАРИФАХ
на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому
страхованию на территории Хабаровского края

« 28 » декабря 2016 г.

г. Хабаровск

Министерство здравоохранения Хабаровского края, Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования, представители страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций и профессиональных союзов медицинских работников на основании статьи 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» 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 19.12.2016 № 418-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 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 19.12.2016 № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «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 06.12.2016 № 226 «О краевом бюджете на 2017 год»;
- Закон Хабаровского края от 06.12.2016 № 227 «О бюджете Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования на 2017 и плановый период 2018 и 2019 годов»;
- Постановление Правительства Хабаровского края от 29.12.2016 № 504-пр «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 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 Плане 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 карты") "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 Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.11.2016 № 267 «О внесении изменений в требование к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200»;
- письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;
- письмо ФФОМС от 27.12.2016 N 12708/26-2/и «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России N 11-8/10/2-8266, ФФОМС N 12578/26-и от 22.12.2016 (вместе с "Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев")»;
- Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (протокол заседания рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государ-

ственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи от 09.12.2016 № 66/11/18).

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются:

1.2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 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 неоказание, 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 2017 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, 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 всех видов диспансеризации 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. 3.3.9. Соглашения) и в соответствии с п. 2.7 Порядка применения способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной про-

граммы обязательного медицинского страхования (далее – Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, Порядок).

2.2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара:

- 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.

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, включая порядок оплаты прерванных случаев лечения в условиях стационара и дневного стационара приведен в Приложение № 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 программы ОМС (Приложение № 4).

3.3. Размеры тарифов на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (Приложения №№ 5 - 10):

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 5 154,2 рубля.

3.3.2. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной помощи (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. Подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, в размере 804,0 рубля.

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

3.3.6. Коэффициенты дифференциации подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по уровню расходов на содержание 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. Объем финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (Приложение № 10).

3.3.9. Перечень целевых показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки для определения размера стимулирующей части оплаты по подушевому нормативу амбулаторно-поликлинической помощи (Приложение № 11).

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 – 6 564,8 рубля.

3.4.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка), включенного в КСГ заболеваний – 19 063,0 рубля.

3.4.3. Перечень КСГ заболеваний в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затратоемкости (Приложение № 12).

3.4.4. Перечень управленческих коэффициентов, применяемых при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ заболеваний (Таблица № 1, Приложение № 13).

3.4.5. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях (Таблица № 1, Таблица 2, Приложение № 14).

3.4.6. Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС (Приложение № 15).

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 – 1 139,4 рублей.

3.5.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневных стационаров (базовая ставка), включенного в КСГ заболеваний – 9 860,0 рублей.

3.5.3. Перечень управленческих коэффициентов, применяемых при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, по КСГ заболеваний (Таблица № 2, Приложение № 13).

3.5.4. Перечень КСГ заболеваний в условиях дневных стационаров с указанием коэффициентов относительной затратоемкости, (Приложение № 16).

3.6. В качестве основных критериев группировки КСГ для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров используются следующие справочники:

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 № 17).

3.6.2. «Номенклатура» – справочник кодов Номенклатуры¹, с указанием для каждого кода услуги, включённого в группировку, номеров КСГ к которым может быть отнесен данный код (Приложение № 18).

3.6.3. «Группировщик детальный» – таблица с расшифровкой кодов основных справочников (Приложение № 19).

3.6.4. «Структура справочников» – таблица, определяющая названия столбцов всех листов файла, а также обозначения кодов, вводимых в файл в дополнение к кодам основных справочников (Приложение № 20).

3.6.5. Распределение кодов МКБ 10, определяющих отнесение к КСГ "Политравма" по анатомическим областям (Приложение № 21).

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 – 934,7 рубля.

3.7.2. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо в размере 519,27 рубля.

3.7.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 22).

3.7.4. Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание имущества (в части скорой медицинской помощи) медицинских организаций (Приложение № 23).

3.7.5. Объем финансового обеспечения по подушевому нормативу для медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь (Приложение № 24).

3.7.6. Тарифы за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (Приложение № 25).

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

¹ Номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664

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. Тарифы на оплату медицинской помощи при проведении заместительной почечной терапии (Приложение № 26).

3.10. Среднюю структуру расходов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, по итогам деятельности медицинских организаций за январь-сентябрь 2016 г (по данным раздела IV формы 14-Ф (ОМС)) (Приложение № 27) в разрезе уровней оказания медицинской помощи.

3.11. Среднюю структуру расходов на оплату амбулаторной медицинской помощи, в том числе стоматологической, и скорой медицинской помощи (Приложение № 28).

3.12. Классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (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 осуществления расчетов размера неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи или штрафа, 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 № 25).

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения участников системы ОМС с 01 января 2017 года по 31 декабря 2017 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 Союза «Хабаровское краевое объединение организаций профсоюзов»

Г.А. Кононенко

Председатель Хабаровской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

О.В. Адмидина

Генеральный директор общества с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ДАЛЬ-РОСМЕД»

Н.А. Лазерко

Директор филиала «Хабаровск-РОСНО-МС» открытого акционерного общества «РОСНО-МС»

И.П. Матвеева

Председатель Правления медицинской ассоциации Хабаровского края

А.Б. Островский

Член Медицинской ассоциации Хабаровского края

Г.В. Чижова