

## СОГЛАШЕНИЕ О ТАРИФАХ

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

« 30 » декабря 2014 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 01.12.2014 № 387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 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 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюд-

жетам 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 10.12.2014 № 19 «О краевом бюджете на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов»;

- Закон Хабаровского края от 10.12.2014 № 20 «О бюджете Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов»;

- постановление Правительства Хабаровского края от 24.12.2014 № 503-пр «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 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»;

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

- приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2014 № 11.9/10/2-9388 «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» (далее – письмо Минздрава России №11.9/10/2-9388);

- письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (вместе с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»);

- письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.12.2014 № 6538/21-3/и.

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются:

1.2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2015 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 2015 год (Приложение № 3)

## II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Перечень 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:

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи.

В рамках подушевого финансирования производится оплата объемов неотложной медицинской помощи, обращений по заболеванию, посещений с профилактической целью (за исключением профилактических мероприятий).

Выплата стимулирующей части финансового обеспечения амбулаторной помощи по подушевому нормативу осуществляется с учетом целевых показателей результативности деятельности медицинских организаций и критериев их оценки (п. 3.4.8. Соглашения) и в соответствии с п. 2.5 Порядка применения способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, Порядок).

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

- за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, по тарифам за единицу ВМП;

- за законченный случай медицинской реабилитации по тарифам, установленным Соглашением.

2.2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, – за законченный случай лечения заболевания, включенного в со-

ответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

2.2.4. 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.

Выплата стимулирующей части финансового обеспечения скорой медицинской помощи по подушевому нормативу осуществляется с учетом целевых показателей результативности деятельности медицинских организаций и критериев их оценки (п. 3.8.6. Соглашения) и в соответствии с п. 9 Порядка.

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 по условиям оказания, предусмотренным территориальной программой ОМС (Таблица № 1, Приложение № 4).

3.3. Коэффициент плотности населения, применяемый при определении тарифов на оплату амбулаторно-поликлинической помощи и скорой медицинской помощи (Таблица № 2, Приложение № 4).

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

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо в размере 4 849,1 рубля.

3.4.2. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной помощи (Приложение № 5).

3.4.3. Тарифы на оплату законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан (Приложение № 6).

3.4.4. Подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации в размере 1 637,34 рубля.

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

3.4.6. Коэффициенты структурных подразделений для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (Приложение № 8).

3.4.7. Объем финансового обеспечения по подушевому нормативу для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (Приложение № 9).

3.4.8. Перечень целевых показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки для определения размера стимулирующей части оплаты по подушевому нормативу амбулаторно-поликлинической помощи (Приложение № 10).

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

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо без учета медицинской реабилитации - 6 448,0 рубля, в том числе по методам высокотехнологичной медицинской помощи - 369,9 рубля.

3.5.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка), включенного в клинико-статистические группы заболеваний - 19 007, 45 рубля.

3.5.3. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратноемкости к ним (Приложение № 11).

3.5.4. Перечень управленческих коэффициентов, применяемых при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ заболеваний (Таблица № 1, Приложение № 12).

3.5.5. Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи (Приложение № 13).

3.5.6. Коэффициенты сложности курации пациентов (Приложение № 14).

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

3.5.8. Тариф на оплату законченного случая медицинской реабилитации с учетом коэффициента дифференциации в размере 31 635,04 рубля.

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

3.6.1. 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 - 1 203,2 рубля.

3.6.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневных стационаров (базовая ставка), включенного в клинико-статистическую группу заболеваний - 9 657,00 рубля.

3.6.3. Перечень КСГ заболеваний с указанием коэффициентов относительной затратноемкости (Приложение № 11).

3.6.4. Перечень управленческих коэффициентов, применяемых при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, по КСГ заболеваний (Таблица №2, Приложение № 12).

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

3.7.1. «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 № 16).

3.7.2. «Номенклатура» – справочник кодов Номенклатуры<sup>1</sup>, с указанием для каждого кода услуги, включённого в группировку, номеров КСГ к которым может быть отнесен данный код (Приложение № 17).

3.7.3. «Группировщик детальный» – таблица с расшифровкой кодов основных справочников (Приложение № 18).

3.7.4. «Структура справочников» – таблица, определяющая названия столбцов всех листов файла, а также обозначения кодов, вводимых в файле в дополнение к кодам основных справочников (Приложение № 19).

3.7.5. Распределение кодов МКБ 10, определяющих отнесение к КСГ "Политравма" по анатомическим областям (Приложение № 20).

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

3.8. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (Приложения №№ 21 - 23):

3.8.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо - 1 012,1 рубля.

3.8.2. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо в размере 543,8 рубля.

3.8.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение №21).

3.8.4. Коэффициенты структурных подразделений для медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь (Приложение № 22).

3.8.5. Объем финансового обеспечения по подушевому нормативу для медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь (Приложение № 23).

3.8.6. Перечень целевых показателей результативности деятельности скорой медицинской помощи и критерии их оценки для определения размера стимулирующей части оплаты по подушевому нормативу (Приложение № 24).

3.8.7. Тарифы за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение № 25).

3.9. 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,

---

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

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.

3.10. Рекомендуемую структуру расходов базовой стоимости по КСГ заболеваний в стационарных условиях и условиях дневных стационаров (Приложение № 26).

3.11. Рекомендуемую структуру расходования средств по амбулаторной, в том числе стоматологической помощи, и скорой медицинской помощи (Приложение № 27).

#### 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 № 28).

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 2015 года по 31 декабря 2015 года.

5.2. Изменение настоящего Соглашения осуществляется по взаимному согласию его Участников в письменной форме в ви-

де Дополнительных соглашений, которые являются его неотъемлемой частью.

5.3. Приложения №№ 1-28 к Соглашению являются его неотъемлемой частью.

5.4. Соглашение размещается на официальном сайте Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования (далее – ХКФОМС) и изготавливается печатным способом за счет средств ХКФОМС, направленных на выполнение управленческих функций Территориального фонда.

Министр здравоохранения края

А.В. Витько

Директор Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования

Е.В. Пузакова

Председатель Хабаровского краевого объединения 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»

Е.В. Зима

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

И.П. Матвеева

Председатель Правления медицинской ассоциации Хабаровского края

А.Б. Островский

Член Медицинской ассоциации Хабаровского края

Г.В. Чижова