

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Удмуртской Республики
на 2015 год

г.Ижевск

«30» декабря 2014 года

Представители:

органа исполнительной власти в лице органа исполнительной власти в лице заместителя Председателя Правительства Удмуртской Республики Кузнецова Андрея Леонидовича, министра здравоохранения Удмуртской Республики Чуршина Алексея Дмитриевича, начальника бюджетного управления Министерства финансов Удмуртской Республики Сухих Веры Николаевны;

Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (ТФОМС УР) в лице директора Шадрин Сергей Геннадьевича, заместителя директора ТФОМС УР Олоновой Лады Александровны;

страховых медицинских организаций в лице директора филиала "МРСК-Мед" в г. Ижевске ЗАО "Страховая медицинская компания АСК-Мед" Гориной Александры Владимировны, директора ООО "Росгосстрах-Медицина" - "Росгосстрах-Удмуртия-Медицина" Кириловой Натальи Викторовны;

медицинских профессиональных некоммерческих организаций в лице главного врача бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Завьяловская районная больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», председателя общественной организации "Ассоциация главных врачей Удмуртской Республики" Савельева Валерия Семеновича, главного врача бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Вавожская районная больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», члена общественной организации "Ассоциация главных врачей Удмуртской Республики" Селиванова Андрея Борисовича;

профессиональных союзов медицинских работников в лице председателя Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Поповой Ольги Пантелеевны, члена Республиканского комитета Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Кузнецовой Натальи Николаевны,

именуемые в дальнейшем Сторонами, на основании Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правил обязательного медицинского страхования, Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, заключили настоящее

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики (Тарифное соглашение) о нижеследующем.

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разрабатывалось и заключалось в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,

постановление Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2015 и 2017 годов»,

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 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»,

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

Методические рекомендации по способам оплаты по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования «Способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ)», утвержденные Минздравом России и Федеральным фондом ОМС 15.12.2014г. (письмо Минздрава России от 15.11.2014 N 11-9/10/2-9454),

письмо Минздрава России от 12.12.2014г. №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».

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС), их структуры и порядка применения на территории Удмуртской Республики, а также определение размеров санкций, применяемых к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.3. Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, страховые медицинские организации, функционирующие в сфере обязательного медицинского страхования, ТФОМС УР.

1.4. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС (тарифы ОМС) устанавливают уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы ОМС и рассчитываются в соответствии с Методикой расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, содержащейся в Правилах обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

1.5. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики с указанием долей расходования средств в процентах по направлениям расходования средств:

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

2) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;

3) приобретение продуктов питания;

4) прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, 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 РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

1.6. Статьи расходов классификации операций сектора государственного управления (КОСГУ), включаемые в состав тарифов на оплату медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики приведены в приложении 1 к Тарифному соглашению.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Удмуртской Республике

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией персонифицированных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике, по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам на оплату медицинской помощи. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи.

2.1. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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 посещение при оказании медицинской помощи с профилактической и иной целью и в неотложной форме;

за обращение к врачу-специалисту при оказании медицинской помощи по поводу заболевания (при кратности посещений в обращении 2 и более) с учетом количества посещений в обращении;

за посещение при оказании стоматологической медицинской помощи с профилактической и иной целью, в неотложной форме, обращение по поводу заболевания с учетом количества условных единиц труда (УЕТ) в посещении (обращении);

за законченный случай проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних и предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних;

за медицинскую услугу (хирургическую операцию).

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приведен в приложении 2 к Тарифному соглашению.

2.1.2. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях оплате подлежат:

- посещения (обращения) в поликлинике и на дому к врачам по врачебным специальностям, к фельдшеру и акушерке, ведущим самостоятельный прием в период отсутствия врача-специалиста, предусмотренного штатным расписанием;

- посещения в приемных отделениях стационаров больными, не подлежащими госпитализации;
- посещения в Центрах здоровья;
- законченные случаи диспансеризации, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий населения.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений при обращениях по поводу заболевания, посещений с профилактической и иной целью (в т.ч. в рамках диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения), неотложной медицинской помощи.

Тарифы посещений и обращений к врачам-специалистам включают в себя расходы на оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи (доврачебной медицинской помощи), оказанной средним медицинским персоналом фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов.

2.1.3. Посещения в Центре здоровья подлежат оплате в случаях:

- проведения комплексного обследования (один раз в отчетном году),
- обращения для динамического наблюдения (повторное посещение).

Тарифы посещения в Центре здоровья при проведении комплексного обследования дифференцированы в зависимости от наличия в комплексном обследовании медицинских услуг гигиениста стоматологического и офтальмологического исследования.

2.1.4. Тариф законченного случая проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения включает в себя расходы на проведение осмотра врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового лечебного участка, врачом общей практики), врачом-неврологом (для граждан в возрасте 51, 57, 63, 69, 75, 81, 87, 93, 99 лет), расходы на проведение лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с Приказом МЗ РФ от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Отдельно посещение к врачу-неврологу не оплачивается.

Для оплаты второго этапа диспансеризации настоящим Тарифным соглашением устанавливаются тарифы посещения, единые для всех медицинских организаций, которые включают в себя расходы на проведение осмотра врачом-специалистом и расходы на проведение необходимых дополнительных исследований в соответствии с Приказом МЗ РФ от 03.12.2012 № 1006н.

2.1.5. Тариф законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения включает в себя расходы на проведение осмотра врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового лечебного участка, врачом общей практики) и расходы на проведение лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с приказом МЗ РФ от 06.12.2012 № 1011н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра".

2.1.6. Тариф законченного случая проведения первого этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, включает в себя расходы на проведение осмотра врачом-педиатром участковым (врачом-педиатром, врачом-педиатром городским (районным), врачом общей практики), проведение осмотров врачами-специалистами (врачом-неврологом, врачом-офтальмологом, врачом - детским хирургом, врачом-оториноларингологом, врачом-акушером-гинекологом (врачом-детским урологом-андрологом), врачом-травматологом-ортопедом, врачом-стоматологом детским (с возраста 3 лет), врачом - детским эндокринологом (с возраста 5 лет), расходы на проведение лабораторных, инструментальных и иных исследований, согласно Перечню осмотров и исследований в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и приказом МЗ РФ от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью». Отдельно посещения к врачам-специалистам не оплачиваются.

Посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, оплачиваются по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам посещений с профилактической и иной целью в зависимости от врачебной специальности и уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

2.1.7. Тарифы законченного случая проведения первого этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, проведения первого этапа предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних, посещения при проведении периодического осмотра несовершеннолетних включают в себя расходы на проведение осмотров врачами-специалистами (врачом-педиатром участковым (врачом-педиатром, врачом-педиатром городским (районным), врачом общей практики), врачом-неврологом, врачом-офтальмологом, врачом-детским хирургом, врачом-оториноларингологом, врачом-акушером-гинекологом (врачом-детским урологом-андрологом), врачом-травматологом-ортопедом, врачом-стоматологом детским, врачом-детским эндокринологом) и выполнение лабораторных, инструментальных и иных исследований в объеме согласно приложению №1 к Порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1346н "О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них".

Посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа профилактического и предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних оплачиваются по установленным тарифам посещений с профилактической и иной целью в зависимости от врачебной специальности и уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

2.1.8. Стоимость обращения по поводу заболевания (за исключением стоматологической медицинской помощи) по *i*-ой специальности ($S_{об\ i}$) рассчитывается по формуле:

$$S_{об\ i} = T_{баз_заб} * K_{спец\ i} * K_{ур} * N_{пос} + T_{всх} * N_{пос} + \sum T_{хо}$$

где

$T_{баз_заб}$ – базовая стоимость посещения в обращении по поводу заболевания без учета расходов на выплаты стимулирующего характера за объем и качество (ВСХ);

$K_{спец\ i}$ – относительный коэффициент стоимости посещения по *i*-ой специальности;

$K_{ур}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации;

$N_{пос}$ – количество посещений в обращении;

$T_{всх}$ – тариф посещения на ВСХ;

$\sum T_{хо}$ – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках обращения по заболеванию.

2.1.9. Стоимость одного посещения с профилактической и иной целью (за исключением стоматологической медицинской помощи), в том числе разового посещения по поводу заболевания, по *i*-ой специальности ($S_{проф\ i}$) рассчитывается по формуле:

$$S_{проф\ i} = T_{баз_проф} * K_{спец\ i} * K_{ур} + T_{всх} + \sum T_{хо}$$

где

$T_{баз_проф}$ – базовая стоимость посещения с профилактической и иной целью без учета ВСХ;

$K_{спец\ i}$ – относительный коэффициент стоимости посещения по *i*-ой специальности;

$K_{ур}$ – коэффициент уровня медицинской помощи в медицинской организации;

$T_{всх}$ – тариф посещения на ВСХ;

$\sum T_{хо}$ – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках посещения с профилактической и иной целью.

2.1.10. Стоимость одного посещения по оказанию помощи в неотложной форме ($S_{неот}$) (за исключением стоматологической медицинской помощи) рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{неот}} = T_{\text{баз_неот}} * K_{\text{ур}} + T_{\text{всх}} + \sum T_{\text{хо}}$$

где

$T_{\text{баз_неотл}}$ – базовая стоимость посещения по оказанию амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме без учета ВСХ;

$K_{\text{ур}}$ – коэффициент уровня медицинской помощи в медицинской организации;

$T_{\text{всх}}$ - тариф посещения на ВСХ;

$\sum T_{\text{хо}}$ – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках посещения при оказании помощи в неотложной форме.

2.1.11. Стоимость посещения при оказании стоматологической медицинской помощи с профилактической и иной целью, в неотложной форме, обращения по поводу заболевания по i -ой специальности ($S_{\text{стом}i}$) рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{стом}i} = T_{\text{баз_ует}} * K_{\text{специ}} * K_{\text{ур}} * N_{\text{ует}} + T_{\text{всх}} * N_{\text{ует}}$$

где

$T_{\text{баз_ует}}$ – базовая стоимость УЕТ без учета ВСХ;

$K_{\text{специ}}$ – относительный коэффициент стоимости УЕТ по i -ой специальности;

$K_{\text{ур}}$ – коэффициент уровня медицинской помощи в медицинской организации;

$N_{\text{ует}}$ – количество УЕТ в посещении (обращении);

$T_{\text{всх}}$ - тариф УЕТ на ВСХ.

Количество УЕТ, выполненное в рамках посещения (обращения), определяется согласно Классификатору основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий, утвержденному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.12. Оплата посещений, связанных с обеспечением отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, осуществляется за счет средств ОМС с оформлением первичной документации в установленном порядке.

2.2. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ);
- за законченный случай лечения заболевания по профилю «Медицинская реабилитация»;

- за законченный случай лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в приложении 3 к Тарифному соглашению.

2.2.2. Основными критериями отнесения законченного случая лечения к конкретной клинко-статистической группе являются код терапевтического диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10 пересмотр» (МКБ-10) и код услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом МЗ РФ №794н от 28.10.2013 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». В качестве дополнительных критериев при формировании комбинированных КСГ используются следующие признаки:

- код терапевтического диагноза (при основном критерии группировки – код услуги);
- код услуги (при основном критерии группировки – код диагноза);
- возраст и пол пациента;
- длительность пребывания в стационаре.

Отнесение случая лечения в стационаре к конкретной КСГ на основе основных и дополнительных критериев группировки осуществляется в соответствии с рекомендациями ФФОМС и МЗ РФ по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (письмо МЗ РФ от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454 и письмо ФФОМС от 18.12.2014 №6538/21-3/и).

2.2.3. Стоимость одного случая лечения в стационаре ($S_{госп}$) по системе КСГ определяется по следующей формуле:

$$S_{госп} = T_{стац} * K_z * K_{ур} * K_{упр} * K_{кур} * K_{свк}$$

где: $T_{стац}$ - средняя стоимость законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка),

K_z - коэффициент относительной затратоемкости КСГ, характеризующий затратоемкость клинко-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке;

$K_{ур}$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$K_{упр}$ - управленческий коэффициент, устанавливаемый с целью регулирования уровня госпитализаций, уменьшения количества непрофильных госпитализаций, стимулирования развития применения современных эффективных технологий;

$K_{кур}$ - коэффициент сложности курации пациента, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам;

Ксвк- коэффициент оплаты сверхкоротких случаев лечения.

2.2.4. Коэффициент сложности курации пациента применяется в следующих случаях лечения пациентов в стационарных условиях:

- при предоставлении спального места и питания одному из родителей (законному представителю) при совместном нахождении с ребенком в медицинской организации при оказании ребенку медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- при оказании по медицинским показаниям услуг проведения гемодиализа (перитонеального диализа) в рамках случаев лечения по заболеваниям, не связанным с хронической почечной недостаточностью.

2.2.5. К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее трех дней.

По отдельным КСГ коэффициент оплаты сверхкоротких случаев лечения не применяется (устанавливается равным 1).

2.2.6. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания по КСГ подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ. При этом если перевод осуществляется в рамках одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

2.2.7. Выполненные в рамках законченного случая лечения в стационаре услуги гемодиализа (код услуги А18.05.002) или перитонеального диализа (код услуги А18.30.001) учитываются в стоимости случая по КСГ следующим образом:

- при лечении хронической почечной недостаточности (ХПН) - в коэффициенте затратоемкости соответствующей КСГ,

- при лечении заболеваний, отличных от ХПН - в соответствующем коэффициенте сложности курации пациента.

2.2.8. Стоимость законченного случая лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи ($S_{вмп}$) рассчитывается по формуле:

$$S_{вмп} = T_{вмпі},$$

где $T_{вмпі}$ – тариф на оплату законченного случая лечения заболевания в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной

медицинской помощи, устанавливаемый в соответствии с нормативами финансовых затрат по Территориальной программе обязательного медицинского страхования для i-той группы ВМП.

2.2.8. Оказанная медицинская помощь по профилю «медицинская реабилитация», оплачивается за законченный случай лечения. Стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» (СТ_{мр}) рассчитывается по формуле:

$$\text{СТ}_{\text{мр}} = \text{Тариф}_{\text{мр}},$$

где Тариф_{мр} – тариф на оплату законченного случая оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Случаи госпитализации пациента по профилю «Медицинская реабилитация» с длительностью лечения менее трех дней оплачиваются в размере 30% стоимости законченного случая лечения.

2.3. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

2.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ).

Отнесение случая лечения в дневном стационаре к конкретной КСГ осуществляется на основе основных и дополнительных критериев группировки, определенных в п.2.2.2 Тарифного соглашения.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров, приведен в приложении 4 к Тарифному соглашению.

2.3.2. Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре (S_{госп}) по системе КСГ определяется по следующей формуле:

$$S_{\text{госп}} = T_{\text{дс}} * K_{\text{з}} * K_{\text{ур}} * K_{\text{упр}} * K_{\text{кур}} * K_{\text{свк}}$$

где: T_{дс} - средняя стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка),

K_з - коэффициент относительной затратоемкости КСГ, характеризующий затратоемкость клинико-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке;

K_{ур} - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

K_{упр} - управленческий коэффициент устанавливаемый с целью регулирования уровня госпитализаций, уменьшения количества непрофильных госпитализаций, стимулирования развития применения современных эффективных технологий;

К_{кур}- коэффициент сложности курации пациента, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам;

К_{свк}- коэффициент оплаты сверхкоротких случаев лечения.

2.3.3. Коэффициент сложности курации пациента применяется в следующих случаях лечения пациентов в условиях дневного стационара:

- при организации питания детей, согласно Положению о дневном стационаре и стационаре дневного пребывания,
- при организации питания пациентов, получающих в условиях дневного стационара услугу гемодиализа (применяется для КСГ 99 "Гемодиализ").

2.3.4. Оплата выполненных услуг гемодиализа (код услуги А18.05.002) и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001) без проведения комплексного лечения по основному заболеванию осуществляется по КСГ, основным критерием отнесения к которой является соответствующий код услуги. Данные КСГ предназначены для оплаты одной процедуры гемодиализа и одного пациенто-дня перитонеального диализа.

При проведении в условиях дневного стационара комплексного лечения по основному заболеванию оплата выполненных в рамках случая лечения услуг гемодиализа и перитонеального диализа осуществляется аналогично п.2.2.7 Тарифного соглашения. При этом, если при лечении заболеваний, относящихся к ХПН, общая длительность лечения (не количество процедур) менее 14 дней, оплата осуществляется по КСГ, основным критерием отнесения к которой является код услуги гемодиализа и перитонеального диализа (количество случаев по КСГ соответствует количеству выполненных процедур гемодиализа или пациенто-дней перитонеального диализа). В остальных случаях оплата осуществляется по КСГ, основным критерием отнесения к которой является диагноз по МКБ-10.

2.3.5. Оплата вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) осуществляется по тарифам законченного случая по соответствующей КСГ.

2.4. Применение способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.4.1. Оплата 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), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

По отдельным тарифам оплачиваются:

- 1) вызовы скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики;
- 2) вызовы скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской

помощи, в том числе при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, и оплата скорой медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, приведен в приложении 5 к Тарифному соглашению.

2.4.2. Ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (ОФ_мес) рассчитывается по формуле:

$$\text{ОФ_мес} = \text{ПН} \times \text{Ккр} \times \sum (\text{Ч}_i \times \text{КПВ}_i) \times \text{Кур},$$

где: ПН – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в месяц на одно застрахованное лицо, включающий статьи расходов в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования;

Ккр – коэффициент корректировки подушевого норматива финансирования, учитывающий изменение численности застрахованного населения УР по состоянию на 1-ое число каждого месяца (Чтек) к численности застрахованного населения УР на 1 апреля предыдущего года (Чтп), рассчитывается ежемесячно на основе регистра застрахованных лиц Удмуртской Республики ($\text{Ккр} = \text{Чтп} / \text{Чтек}$);

Ч_i – численность i-ой половозрастной группы застрахованных в сфере ОМС УР, проживающих на территории, обслуживаемой МО, по состоянию на 1 число отчетного месяца;

КПВ_i – коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи для i-ой половозрастной группы;

Кур – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

2.4.3. Оплата случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи осуществляется по утвержденным тарифам за вызов скорой медицинской помощи дополнительно к объему подушевого финансирования скорой медицинской помощи.

2.4.4. Случаи вызовов скорой медицинской помощи к одному и тому же больному в течение одного дня подлежат учету, оплате и обязательной последующей экспертизе со стороны СМО (ТФОМС УР).

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

3.1.1. средний размер финансового обеспечения помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере:

880,0 руб. – при оказании медицинской помощи с профилактическими и иными целями,

2090,2 руб. – при оказании медицинской помощи в связи с заболеваниями,

244,9 руб. – при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

3.1.2. базовая стоимость посещений при оказании амбулаторной медицинской помощи (за исключением стоматологической) с профилактической и иной целью, в связи с заболеваниями и в неотложной форме, относительные коэффициенты стоимости посещений по специальностям, тарифы посещений на ВСХ и структура тарифов посещений в соответствии с приложением 6 к Тарифному соглашению;

3.1.3. базовая стоимость УЕТ при оказании стоматологической медицинской помощи, относительные коэффициенты стоимости УЕТ по специальностям, тарифы УЕТ на ВСХ и структура тарифов УЕТ в соответствии с приложением 7 к Тарифному соглашению;

3.1.4. коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с приложением 8 к Тарифному соглашению;

3.1.5. тарифы и структура тарифов законченных случаев и посещений в поликлинике в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с приложением 9 к Тарифному соглашению;

3.1.6. тарифы и структура тарифов посещений Центра здоровья с целью проведения комплексного обследования или динамического наблюдения в соответствии с приложением 10 к Тарифному соглашению;

3.1.7. перечень хирургических операций, оплачиваемых при оказании амбулаторной медицинской помощи, в соответствии с приложением 11 к Тарифному соглашению;

3.1.8. тарифы и структура тарифов хирургических операций при оказании амбулаторной медицинской помощи в соответствии с приложением 12 к Тарифному соглашению.

3.2. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

3.2.1. средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями,

участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере 4749,88 руб.;

3.2.2. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, управленческих коэффициентов и коэффициентов оплаты сверхкоротких случаев лечения для стационарных условий оказания медицинской помощи в соответствии с приложением 13 к Тарифному соглашению;

3.2.3. размер средней стоимости законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере 19716,67 руб.;

3.2.4. коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с приложением 14 к Тарифному соглашению;

3.2.5. коэффициенты сложности курации пациента, применяемые при оплате медицинской помощи в стационарных условиях, в соответствии с приложением 15 к Тарифному соглашению;

3.2.6. структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по клинико-статистическим группам заболеваний в соответствии с приложением 16 к Тарифному соглашению;

3.2.7. тарифы и структура тарифов на оплату законченных случаев лечения в стационарных условиях по профилю «медицинская реабилитация» в условиях стационара в соответствии с приложением 17 к Тарифному соглашению;

3.2.8. тарифы и структура тарифов на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с приложением 18 к Тарифному соглашению.

3.3. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, устанавливаются:

3.3.1. средний размер финансового обеспечения стационарозамещающей медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере 442,18 руб.;

3.3.2. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, управленческих коэффициентов и коэффициентов оплаты сверхкоротких случаев лечения для условий дневного стационара в соответствии с приложением 19 к Тарифному соглашению;

3.3.3. размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере 6050,25 руб.

3.3.4. коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров в соответствии с приложением 20 к Тарифному соглашению;

3.3.5. коэффициенты сложности курации пациента в условиях дневных стационаров в соответствии с приложением 21 к Тарифному соглашению;

3.3.6. структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, по клинико-статистическим группам заболеваний в соответствии с приложением 22 к Тарифному соглашению.

3.4. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.4.1. средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере 522,51 руб.;

3.4.2. размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в размере 42,25 руб. в месяц;

3.4.3. тариф вызова скорой медицинской помощи без проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики в размере 1643,10 руб.;

3.4.4. тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи в размере 62782,80 руб.;

3.4.5. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 23 к Тарифному соглашению;

3.4.6 коэффициенты уровня оказания скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 24 к Тарифному соглашению;

3.4.7. структура подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и структура тарифов вызова скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 25 к Тарифному соглашению.

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

4.1. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и

условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан, кроме скорой медицинской помощи устанавливается в соответствии с приложением 26 к Тарифному соглашению.

4.2. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации), в том числе по межтерриториальным расчётам, устанавливается в соответствии с приложением 27 к Тарифному соглашению.

4.3. ТФОМС УР, кроме санкций, указанных в Приложениях 26 и 27 к Тарифному соглашению, применяет по результатам проверок деятельности МО следующие финансовые санкции:

4.3.1. За неэффективное использование средств ОМС – 10% от суммы средств, использованных нерационально.

4.3.2. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, МО уплачивает штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования ЦБ РФ, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению МО возвращает в бюджет ТФОМС УР в течение 10 рабочих дней со дня предъявления ТФОМС УР соответствующего требования.

4.3.3. За нарушение требований нормативных документов по хранению и учету медикаментов – 1000 руб.

4.3.4. За нарушения ведения бухгалтерского учета в части использования средств ОМС, финансовой дисциплины, в том числе допущенные при формировании фонда оплаты труда, начислении и выплате заработной платы – 5000 руб.

4.3.5. За недостоверность отчетных форм по результатам проверок и другие нарушения условий Договора - 3000 руб.

4.4. ТФОМС УР применяет финансовые санкции к медицинским организациям по результатам рассмотрения обоснованных жалоб в соответствии с приложениями 26 и 27 к Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015 г. Действие Тарифного соглашения прекращается с момента принятия нового Тарифного соглашения.

5.2. При наличии объективных причин установленные тарифы могут изменяться в течение года путем принятия Дополнений к данному Тарифному соглашению.

ПОДПИСИ СТОРОН

Заместитель Председателя Правительства
Удмуртской Республики, председатель
Комиссии

А.Л.Кузнецов

Министр здравоохранения Удмуртской
Республики, заместитель председателя
Комиссии

А.Д.Чуршин

Начальник бюджетного управления
Министерства финансов Удмуртской
Республики
Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Удмуртской Республики, заместитель
председателя Комиссии

В.Н.Сухих

С.Г. Шадрин

Заместитель директора Территориального
фонда обязательного медицинского страхования
Удмуртской Республики, секретарь комиссии

Л.А. Олонова

Директор филиала "МРСК-Мед" в г. Ижевске
ЗАО "Страховая медицинская компания
"АСК-Мед"

А.В. Горина

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

Н.В. Кирилина

Главный врач БУЗ УР «Завьяловская районная
больница МЗ УР», председатель общественной
организации "Ассоциация главных врачей УР"

В.С. Савельев

Главный врач БУЗ УР «Вавожская районная
больница МЗ УР»



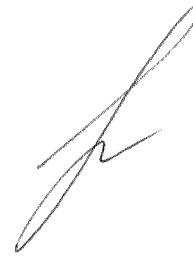
А.Б. Селиванов

Председатель Удмуртской Республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



О.П. Попова

Председатель профсоюзного комитета
БУЗ УР "ГКБ №9 МЗ УР", член
Республиканского комитета Удмуртской
республиканской организации профсоюза
работников здравоохранения РФ



Н.Н. Кузнецова