

**Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи
по Территориальной программе обязательного медицинского
страхования Республики Татарстан на 2014 год**

г. Казань

от 10 января 2014 №1

Министерство здравоохранения Республики Татарстан в лице министра здравоохранения Республики Татарстан Вафина Аделя Юнусовича, государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (ТФОМС Республики Татарстан) в лице директора Мифтаховой Алсу Мансуровны,

Татарстанская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Хуснутдиновой Гульнар Равильевны, страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования:

ЗАО «Страховое медицинское общество «Спасение» в лице генерального директора Глушкова Геннадия Николаевича,

ООО «Страховая компания «АК БАРС-Мед» в лице генерального директора Гарифуллина Линара Рустамовича,

ООО «Страховая медицинская организация «Чулпан-Мед» в лице исполнительного директора Калимуллина Анвара Рамилевича,

именуемые в дальнейшем «Сторонами», в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н, Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 25.12.2013 №1054, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

**1. Предмет Тарифного соглашения об оплате медицинской помощи
по Территориальной программе обязательного медицинского страхования
Республики Татарстан на 2014 год**

1.1. Предметом Тарифного соглашения об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2014 год (далее – Тарифное соглашение) являются согласованные Сторонами тарифы на медицинские услуги в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи на 2014 год, а также способы оплаты медицинской помощи при реализации Территориальной программы обязательного

медицинского страхования Республики Татарстан на 2014 год (далее - Территориальная программа ОМС).

1.2. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:

тарифы на медицинские услуги в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи на 2014 год (приложение 1 к Тарифному соглашению);

Положение о способах оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС (приложение 2 к Тарифному соглашению);

Перечень обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (приложение 3 к Тарифному соглашению).

1.3. Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Татарстан.

2. Основные понятия и определения

2.1. **Медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

В реализации Территориальной программы ОМС участвуют медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Татарстан.

2.2. **Прикрепленное застрахованное лицо** – лицо, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Татарстан согласно данным регионального сегмента единого регистра застрахованных, зарегистрированное в установленном порядке в программном средстве "Регистр прикрепленного населения" медицинской организацией на основании заявления о выборе медицинской организации или (до подачи заявления о выборе медицинской организации) проживающего на территории обслуживания медицинской организации, в соответствии с Регламентом учета регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Республики Татарстан, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 10.07.2013 N1259.

2.3. **Подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях** - объем средств на осуществление деятельности медицинской организации по ока-

занию медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в месяц.

2.4. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи и при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования) – объем средств на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованного гражданина, обслуживаемого станцией (отделением) скорой медицинской помощи, в месяц.

2.5. Поправочный коэффициент для учреждений и отделений, расположенных в сельской местности - коэффициент, учитывающий выплаты компенсационного характера специалистам за работу в сельской местности, утвержденный к размеру должностного оклада первого разряда четырехразрядной тарифной сетки работников государственных учреждений здравоохранения.

2.6. Поправочный коэффициент ФАП – коэффициент, учитывающий наличие фельдшерско - акушерских пунктов в составе медицинской организации.

2.7. Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

2.8. Стандарт медицинской помощи, региональный медико-экономический стандарт - усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
- 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 4) компонентов крови;
- 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- 6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

2.9. Посещение - посещение пациентом врача в поликлинике (амбулатории), диспансере, женской консультации или посещение пациента врачом на дому) – это контакт пациента с врачом (фельдшером), ведущим амбулаторный (в том числе консультативный) прием, по любому поводу с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного в установленном порядке. В указанное посещение включаются врачебный осмотр, врачебные, сестринские манипуляции,

услуги процедурного, перевязочного кабинетов, услуги параклинических отделений.

2.10. Посещение в приемное отделение, в приемно-диагностическое отделение стационара – законченный случай оказания медицинской помощи больному в неотложной форме (при необходимости с использованием параклинических методов исследования и (или) консультаций врачей-специалистов), не госпитализированному в данный стационар. Учет посещений производится по форме №001/у «Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации». В указанное посещение включаются осмотр врача, проведение диагностических исследований и, при необходимости, консультации других врачей – специалистов.

2.11. Обращение - законченный случай лечения заболевания (законченный случай поликлинического обслуживания по поводу лечения заболевания – СПО), при кратности не менее двух врачебных посещений к врачу одной врачебной специальности по поводу одного и того же основного заболевания и выполнении диагностических и лечебных мероприятий в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения). Исход обращения (результат обращения) отмечается в Талоне амбулаторного пациента только при последнем посещении больного.

2.12. Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса при наложении одной пломбы (I класс по Блеку).

2.13. Законченный случай лечения в стационарных условиях и условиях дневных стационаров – совокупность предоставленных пациенту в регламентированные сроки медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи (клиническими рекомендациями (протоколами лечения)) по основному заболеванию в случае достижения (не достижения) клинического результата от момента поступления до выписки (смерти), подтвержденных первичной медицинской документацией.

2.14. Медико-экономический стандарт (далее – МЭС) – совокупность медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий по определенным заболеваниям в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра (далее – МКБ-10), выраженный в стоимостном эквиваленте на основе утвержденных нормативов длительности лечения и базового тарифа стоимости койко-дня (пациенто-дня).

2.15. Нормативная длительность лечения – установленная МЭС длительность лечения больных в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

2.16. Клинико-статистические группы (далее – КСГ) - группы заболеваний, объединенные в клинически однородные и сходные по средней ресурсоемкости стационарные случаи.

2.17. **Базовая ставка финансирования медицинской помощи** в условиях стационара – средний объем финансового обеспечения на одного пациента при способе оплате стационарной медицинской помощи на основе КСГ.

2.18. **Коэффициент относительной затроемкости по клинико-затратным группам** – коэффициент, характеризующий клинико-статистическую группу как отношение ее затроемкости относительно базовой ставки финансирования медицинской помощи в условиях стационара.

2.19. **Коэффициент уровня стационара** – коэффициент, учитывающий различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в условиях стационара.

2.20. **Коэффициент сложности курации пациентов** – коэффициент, учитывающий различие затрат на оказание стационарной помощи в зависимости от возраста, веса (для периода новорожденности), наличия тяжелой сопутствующей патологии.

2.21. **Коэффициент сложности оперативных вмешательств** - коэффициент, учитывающий уровень всех видов затрат при проведении оперативного вмешательства (анатомическая область и техника оперативного вмешательства, анестезиологическое пособие, количество участвующих в операции врачей и медсестёр, используемые медицинские изделия и т.д.).

2.22. **Управленческий коэффициент** – коэффициент, регулирующий уровень госпитализации и объемы финансовых затрат стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по способу оплаты на основе КСГ.

2.23. **Средние затраты при оказании ВМП** – норматив финансовых затрат законченного случая лечения в стационарных условиях и условиях дневных стационаров в расчете на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. Средние затраты при оказании ВМП учитывают финансовые затраты в расчете на 1 койко-день, среднюю длительность пребывания пациента в стационаре и дополнительные расходы на дорогостоящие медикаменты и расходные материалы с учетом частоты их применения и стоимости курса лечения.

3. Порядок формирования тарифов на оплату медицинской помощи по Территориальной программе ОМС

На территории Республики Татарстан вводятся тарифы с учетом единой базовой части тарифов для всех медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС (далее – $T_{\text{баз}}$).

В целях компенсации расходов медицинских организаций, связанных с обеспечением финансово-хозяйственной деятельности, к базовой части тарифов

применяется индивидуальный коэффициент дополнительного финансирования (далее - $K_{инд}$).

Расчет $K_{инд}$ осуществляется в разрезе условий оказания медицинской помощи в рамках межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета Республики Татарстан в бюджет ТФОМС Республики Татарстан.

$$K_{инд} = (ОДФ / ОФ) + 1, \quad (1)$$

где

$K_{инд}$ - коэффициент дополнительного финансирования, установленный для медицинской организации (в том числе для каждого обособленного подразделения медицинской организации), с округлением до 5 знаков после запятой;

ОДФ - плановый объем финансовых средств, передаваемый в бюджет ТФОМС Республики Татарстан в рамках межбюджетных трансфертов из бюджета Республики Татарстан на дополнительное финансовое обеспечение реализации Территориальной программы ОМС (дополнительное финансирование) для медицинской организации в текущем финансовом году;

ОФ - плановый объем финансовых средств, рассчитанный для медицинской организации, исходя из базовой части тарифа и планового объема медицинской помощи в разрезе условий ее оказания, в текущем финансовом году, в рублях с округлением до целого числа.

Тариф T за оказанную единицу объема медицинской помощи рассчитывается как произведение базового тарифа $T_{баз}$ и $K_{инд}$ (за исключением оплаты медицинской помощи по КСГ и средним затратам при оказании ВМП) по формуле:

$$T = T_{баз} * K_{инд} \quad (2)$$

Для отдельных медицинских организаций базовый тариф определяется с учетом повышающих и понижающих коэффициентов.

4. Заключительные положения

4.1. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения Сторон и медицинских организаций, возникающие при реализации Территориальной программы ОМС, и заключено на основании решения Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (далее – Комиссия), состав которой утвержден распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 29.07.2011 №1381-р.

4.2. Медицинские организации осуществляют финансирование расходов, предусмотренных Тарифным соглашением, в соответствии с утвержденным в установленном порядке финансовым планом (сметой доходов и расходов) в пределах объемов финансовых поступлений по ОМС.

4.3. Медицинские организации осуществляют финансирование за счет средств ОМС расходов, указанных в пунктах 1.4.11, 1.4.12, 1.5.2, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9-1.12 раздела VI приложения 1 к Тарифному соглашению, только при условии обеспечения нормативных затрат, необходимых для оказания медицинской помо-

щи в соответствии с законодательством об охране здоровья граждан.

4.4. Расходование средств ОМС по статьям бюджетной классификации, в том числе выплаты стимулирующего характера за качество выполняемых работ, премиальные и иные поощрительные выплаты, осуществляется в пределах фактического дохода медицинской организации с соблюдением согласованной Министерством здравоохранения Республики Татарстан и ТФОМС Республики Татарстан структуры расходов медицинской организации.

4.5. За использование медицинской организацией средств на цели, не предусмотренные Тарифным соглашением, медицинская организация несет ответственность в соответствии с ч. 9 ст. 39 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

4.6. Медицинским организациям в соответствии с настоящим Тарифным соглашением обеспечить предоставление сведений об оказанной медицинской помощи в ТФОМС Республики Татарстан и страховые медицинские организации посредством подсистемы «Процессинговый центр» Web – информационной системы ТФОМС Республики Татарстан.

ТФОМС Республики Татарстан и страховым медицинским организациям обеспечить прием сведений об оказанной медицинской помощи по Территориальной программе ОМС в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

4.7. Все приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

4.8. Настоящее Тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в определенной его части по инициативе одной из Сторон.

Инициатор внесения изменений или дополнений в настоящее Тарифное соглашение направляет мотивированное предложение в Комиссию не позднее, чем за 10 рабочих дней до предлагаемого внесения изменений.

Рассмотрение мотивированных предложений осуществляется Комиссией. Изменения и дополнения в настоящее Тарифное соглашение оформляются дополнительным Тарифным соглашением.

4.9. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2014 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

4.10. Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в Министерстве здравоохранения Республики Татарстан, второй – в ТФОМС Республики Татарстан. Для других Сторон Тарифного соглашения предоставляются копии Тарифного соглашения, заверенные ТФОМС Республики Татарстан.

4.11. Настоящее Тарифное соглашение подлежит хранению в соответствии с правилами организации государственного архивного фонда.

4.12. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2014 года.

Действие Тарифного соглашения прекращается с принятием нового Тарифного соглашения.

Вафин
Адель Юнусович

Министр здравоохранения Республики Татарстан, председатель комиссии

Мифтахова
Алсу Мансуровна

Директор государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»

Глушков
Геннадий Николаевич

Генеральный директор ЗАО «Страховое медицинское общество «Спасение»

Калимуллин
Анвар Рамилевич

Исполнительный директор ООО «Страховая медицинская организация «Чулпан-Мед»

Гарифуллин
Линар Рустамович

Генеральный директор ООО «Страховая компания «АК БАРС-Мед»

Хуснутдинова
Гульнар Равильевна

Председатель Татарстанской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации