

**Тарифное соглашение
по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхо-
вания Вологодской области на 2015 год.**

Раздел I Общие положения.

Комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицин-
ского страхования в составе представителей:

- органа исполнительной власти Вологодской области – Маклакова И.Н.,
начальника департамента здравоохранения Вологодской области;
- Территориального фонда обязательного медицинского страхования Во-
логодской области - Симкиной И.Б., директора территориального фонда обяза-
тельного медицинского страхования Вологодской области;
- страховых медицинских организаций – Костарева А.В., директора Воло-
годского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»;
- профессиональных союзов медицинских работников – Быковой Т.П.,
председателя Областной организации Профсоюза работников здравоохранения
РФ;
- ассоциации медицинских профессиональных некоммерческих организа-
ций – Соколова Н.В., главного врача БУЗ ВО «Вологодская городская поли-
клиника № 3» г. Вологды, вице-президента областной общественной организа-
ции «Ассоциация врачей»;
- медицинских профессиональных некоммерческих организаций – Розина
Л.В., главного врача БУЗ «Вологодская областная инфекционная больница»,
члена Экспертного общественного совета при Губернаторе области,

в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года
№ 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федера-
ции», Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охра-
ны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного ме-
дицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохра-
нения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года
№ 158 н, постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012
года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования суб-
венций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхо-
вания бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхо-
вания на осуществление переданных органам государственной власти субъ-
ектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обя-
зательного медицинского страхования»; приказом Министерства здравоохра-
нения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года
№ 1664 н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»; приказом Фе-
дерального фонда ОМС от 18 ноября 2014 года № 200 «Об установлении Тре-
бований к структуре и содержанию тарифного соглашения»; Постановлением
Законодательного Собрания Вологодской области от 24 декабря 2014 года №
946 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражда-
нам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2015 год и
плановый период 2016 и 2017 годов"; информационным письмом Министерст-

ва здравоохранения РФ от 12 декабря 2014 года № 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», «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом ОМС 15 декабря 2014 года, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с изменениями), письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 декабря 2012 г. № 9939/30-н «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи», Приказом Департамента здравоохранения Вологодской области от 18.07.2013 г. № 884 «О трехуровневой системе оказания специализированной медицинской помощи населению Вологодской области, маршрутизации при оказании медицинской помощи и соблюдении порядков оказания медицинской помощи»; приказом Департамента здравоохранения Вологодской области от 11 декабря 2014 г. № 484 «О расчетных нормативах деятельности коечной сети и дневных стационаров на 2015 год»; совместным приказом Департамента здравоохранения Вологодской области и Территориального фонда ОМС Вологодской области от 29 декабря 2014 г. № 519/1150 «О нормативах нагрузки для расчета стоимости медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на 2015 год», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

Предметом Тарифного соглашения является установление размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи и условий оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2015 год.

Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи

Способы оплаты медицинской помощи установлены "Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов" от 24.12.2014 г. № 946.

В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования производится оплата медицинских услуг:

- 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 обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);
- 2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях,

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), применяются клинико – профильные группы заболеваний;
- 3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), применяются клинико – профильные группы заболеваний;
- 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), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

II. 1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

1.1) Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) (Приложение 1).

1.2) Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение 2).

2) Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу.

В подушевой норматив финансирования включается первичная доврачебная, врачебная медико-санитарная помощь, организованная по территориально – участковому принципу, а также первичная специализированная медико-санитарная помощь. Оплата по подушевому нормативу, включает расходы на собственную деятельность медицинской организации (поликлинического отделения в составе медицинской организации).

В подушевые нормативы финансирования через коэффициенты включаются расходы на:

- лабораторные исследования, оказываемые медицинскими организациями централизованно;
- затраты на содержание фельдшерско-акшерских пунктов;
- затраты на содержание травматологического пункта;
- затраты на содержание службы ДШО (штатные должности дошкольных, школьных образовательных учреждений).

Финансовый план по амбулаторно – поликлинической помощи медицинских организаций рассчитываются на год путем умножения подушевого норматива на численность приписного населения.

Подушевые нормативы финансирования устанавливаются на месяц исходя из расчета на год.

Финансовый план медицинских организаций пересчитывается ежемесячно, учитывая «движение» численности приписного населения между медицинскими организациями.

В подушевые нормативы финансирования не включается медицинская помощь (оплата за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)):

- стоматологическая;
- медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц;
- медицинская помощь, оказываемая женскими консультациями и кабинетами акушеров-гинекологов;
- медицинская помощь, оказываемая Центрами здоровья;
- медицинская помощь по гемодиализу;
- медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями централизованно (городские приемы);
- МРТ – исследования;
- мероприятия по диспансеризации, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам (диспансеризация определенных групп взрослого населения, диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, медицинские осмотры несовершеннолетних).

3) Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Оплата по амбулаторно-поликлинической помощи медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу осуществляется с учетом следующих критериев:

При невыполнении объемных показателей (факт посещений) и показателей оценки качества медицинской помощи проводится квартальная корректировка (уменьшение) финансового плана учреждения (за исключением средств, предусмотренных в тарифах по подушевому нормативу финансирования через коэффициент (фельдшерско-акушерские пункты по ЦРБ, централизованные исследования), в следующих объемах:

- на 7 % при выполнении плана на 90 % и ниже;
- на 14 % при выполнении плана на 85 % и ниже;
- на 1 % при выполнении плана вакцинации на 95 % и ниже (по итогам работы за год).

Анализ выполнения объемных показателей медицинских организаций производится с учетом объемных показателей (медицинских услуг), оказанным по направлениям в других медицинских организациях.

II. 2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

Медицинские организации, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную в пределах муниципального района, а также внутригородского района (Приложение 3).

Медицинские организации, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением (Приложение 4).

Медицинские организации, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах субъекта Российской Федерации, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации (Приложение 5).

2) Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре при продолжительности его три и менее дней (пациент переведен в другую медицинскую организацию, другое структурное подразделение в пределах одной медицинской организации, отказ от лечения) осуществляется:

- в размере 80 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КПП (КСГ), в случае если пациенту выполнена хирургическая операция;
- в размере 30 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КПП (КСГ), в случае если пациенту не выполнялась хирургическая операция.

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 закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ.

При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом.

II.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение 6).

2) Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

Оплата прерванного случая лечения пациента в дневном стационаре при продолжительности его три и менее дней (пациент переведен в другую медицинскую организацию, другое структурное подразделение в пределах одной медицинской организации, отказ от лечения) осуществляется:

- в размере 80 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КПП (КСГ), в случае если пациенту выполнена хирургическая операция;

- в размере 30 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КПП (КСГ), в случае если пациенту не выполнялась хирургическая операция.

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 закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ.

При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом.

3) Порядок работы дневного стационара.

Дневной стационар является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных для пациентов, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения. Режим работы дневного стационара определяется руководителем лечебно-профилактического учреждения с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий. Время пребывания пациента в дневном стационаре не менее 4 часов, обязательно наличие койко-места.

II. 4. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (далее – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи) в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (сверх базовых объемов) (Приложение 7).

2) За вызов скорой медицинской помощи осуществляется оплата медицинской помощи, оказанная гражданам, застрахованным вне территории Вологодской области, и сверх базовой программы ОМС.

Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.) По медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

3.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 3 243,63 руб.

3.2) Размер подушевого норматива финансирования с 1 января 2015 года – 2 151,68 руб. Подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций (Приложение 8).

3.3) Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение 9).

3.4) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (Приложение 10).

4) По медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

4.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 4 096,32 руб.

4.2) Перечень групп заболеваний, в том числе профильных групп (КПГ) с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости КПГ (Приложение 11).

4.3) Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КПГ с 1 января 2015 года - 22 062,45 руб.

4.4) Поправочные коэффициенты оплаты КПГ:

- коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи (Приложение 12);

- коэффициенты подуровней оказания стационарной медицинской помощи (Приложение 12).

4.5) Тарифы по стационарной медицинской помощи (Приложение 13).

4.6) Тарифы, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (Приложение 13).

4.7) Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение 14).

5) По медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

5.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 809,37 руб.

5.2) Перечень групп заболеваний, в том числе профильных групп (КПГ) с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КПГ (Приложение 15).

5.3) Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КПГ с 1 января 2015 года – 12 151,62 руб.

5.4) Поправочные коэффициенты оплаты КПГ:

- коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в дневном стационаре (Приложение 16);

- коэффициенты подуровней оказания медицинской помощи в дневном стационаре (Приложение 16).

5.5) Тарифы по КПГ (Приложение 17).

5.6) Тарифы, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (Приложение 17).

5.7) Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в условиях дневного стационара (Приложение 18).

6) По скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

6.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС – 599,50 руб.; сверх базовой программы ОМС – 50,58 руб.

6.2) Размер подушевого норматива скорой медицинской помощи с 1 января 2015 года - 593,81 руб. Подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций (Приложение 19).

6.3) Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение 20);

6.4) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (Приложение 21).

7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи.

7.1) По медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (Приложение 22).

7.2) По медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, оказывающими населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах субъекта Российской Федерации, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации (Приложение 23).

7.3) По медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара (Приложение 24).

7.4) По скорой медицинской помощи (Приложение 25).

Раздел 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 (Приложение 26).

Раздел V. Заключительные положения.

5.1 Срок действия «Тарифного соглашения на 2015 год» с 1 января 2015 года по 31 декабря 2015 года.

5.2 Пересмотр тарифов для медицинских организаций производится при изменении законодательных и распорядительных актов, дополнительных источниках финансирования и соответствующем пересмотре Территориальной программы ОМС.

5.3 В случае сокращения доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования и соответствующего уменьшения расходов, производится пересмотр тарифов на медицинские услуги.

5.4 Пересмотр тарифов на оплату медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования осуществляется в случаях изменения численности приписного населения в целом по области на 0,5% и более.

5.5 Расчет суммы квартальной корректировки (уменьшения) финансового плана медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу, страховыми медицинскими организациями осуществляется в срок до 20 числа месяца, следующим за отчетным кварталом. Квартальная корректировка (уменьшение) финансового плана медицинских организаций страховыми медицинскими организациями осуществляется в срок до 20 числа второго месяца, следующим за отчетным кварталом.

По истечении квартала изменение коэффициента сезонности по данному кварталу не производится.

5.6 В соответствии с Приложением 27 «Плановый объем финансирования медицинской организации на 2015 год, включающий в себя объемы предоставления медицинской помощи, тарифы на оплату медицинской помощи, финансовый план в разрезе кварталов и видов медицинской помощи» медицинские организации предоставляют плановый объем финансирования в адрес:

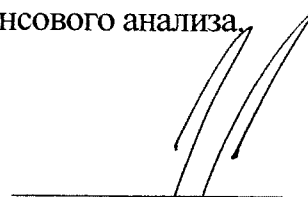
- страховых медицинских организаций, с которыми заключен договор об оплате медицинской помощи, в срок не позднее 5 рабочих дней после установления тарифов на оплату медицинской помощи и объемов предоставления медицинской помощи с целью его согласования и подписания со СМО;

- Территориального фонда ОМС Вологодской области в срок не позднее 2 рабочих дней после его согласования и подписания с СМО.

5.7 Страховые медицинские организации и медицинские организации своевременно представляют в адрес Комиссии по разработке ТП ОМС предложения по внесению изменений в объемы предоставления медицинской помощи с приложением обоснования предлагаемых изменений и финансового анализа.

Согласовано:

Начальник департамента здравоохранения
Вологодской области



И.Н. Маклаков

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области



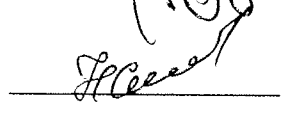
И.Б. Симкина

Директор Вологодского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»



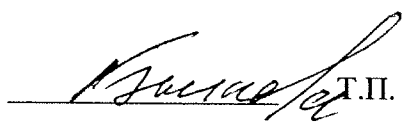
А.В. Костарев

Главный врач МУЗ «Вологодская городская поликлиника № 3» г. Вологды, вице-президент областной общественной организации «Ассоциация врачей»



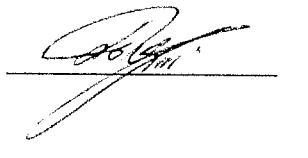
Н.В. Соколов

Председатель Областной организации Профсоюза работников здравоохранения



Т.П. Быкова

Главный врач БУЗ ВО «Вологодская областная инфекционная больница, член Экспертного общественного совета при Губернаторе области»



Л.В. Розин