

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**по обязательному медицинскому страхованию граждан**  
**в Псковской области на 2020 год**

Город Псков

«28» декабря 2019 года

Настоящее Соглашение заключено в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и в целях предоставления гражданам в Псковской области равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Псковской области (далее - ТП ОМС).

Участники соглашения:

Уполномоченный государственный  
орган Псковской области

Комитет по здравоохранению Псковской  
области в лице председателя комитета  
**Гарашенко Марины Валерьевны**,  
действующего на основании Положения о комитете

Территориальный фонд

Территориальный фонд  
обязательного медицинского страхования  
Псковской области в лице директора  
**Альбовой Валентины Константиновны**,  
действующего на основании  
Положения о территориальном фонде

Представители страховых  
организаций Псковской области

Страховая медицинская организация  
АО «МАКС-М» филиал в г. Пскове  
в лице заместителя директора  
**Михайловой Натальи Ивановны**  
действующего на основании доверенности

Представители профессиональных  
союзов

Псковская областная организация  
профсоюзов работников здравоохранения РФ  
в лице председателя  
**Шундер Анжелики Николаевны**  
действующего на основании устава

Представители медицинских профессиональных  
некоммерческих организаций

Псковская региональная общественная организация  
«Медицинская палата» в лице члена палаты  
**Неваленной Галины Ивановны**  
действующего на основании устава

## **I. Общие положения**

**1.1.** Настоящее Соглашение в системе обязательного медицинского страхования в Псковской области разработано в соответствии с Федеральным законом 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 года №1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов», Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила), Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Псковской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной Постановлением администрации Псковской области 27.12.2019г за №475.

**1.2.** Соглашение определяет и устанавливает:

- способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте;
- размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи;
- 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;
- заключительные положения.

**1.3.** Сокращения, принятые в настоящем Соглашении:

ОМС – обязательное медицинское страхование

СМО – страховая медицинская организация

МО – медицинская организация

СМП – скорая медицинская помощь

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

КСГ – клинико-статистическая группа болезней

КПГ – клинико-профильная группа

УЕТ – условная единица трудоемкости

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

## **II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте**

## **II.1. Способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи**

**1.1.** Способ оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинским организациям (структурным подразделениям медицинских организаций) (приложение №1 к Соглашению) имеющим прикрепленное застрахованное население на медицинском обслуживании установлен - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/ фельдшерско-акушерских пунктов) (далее подушевой норматив) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема).

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н « Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н (в ред. от 13.06.2019) « О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н « О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», 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».

**1.2.** Оплата по подушевому нормативу осуществляется в соответствии с Порядком утвержденным приложением №18 к Соглашению.

**1.3.** Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

-расходов на проведение компьютерной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических

исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, оплата которых осуществляется по тарифам за услугу;

-расходов на финансовое обеспечение фельдшерских/ фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию всех видов, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на стоматологическую медицинскую помощь;

- расходов на медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в Центрах здоровья и Центрах здоровья для детей;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

**1.4.** Оплата за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), производится медицинским организациям (структурным подразделениям медицинских организаций) (приложение №2 к Соглашению), оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях в соответствии с доведенным заданием, в том числе не имеющим прикрепленного застрахованного населения на медицинском обслуживании.

**1.5.** Установить, что в составе средств, направленных на формирование тарифов консультативных посещений в системе ОМС учтены расходы, связанные с оказанием необходимых лабораторных и диагностических исследований, за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний.

**1.6.** При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (законченный случай) с указанием дат каждой процедуры и расчетом стоимости законченного случая по количеству выполненных услуг.

**1.7.** Финансовый размер обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (далее ФАП), при условии их соответствия требованиям, установленным правовым актом Минздрава России, определяется исходя из установленных Программой нормативов с учетом численности обслуживаемого населения из расчета на год в том числе:

-фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 899 жителей- 957,2 тыс. рублей – 1 группа;

-фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1499 жителей- 1516,4 тыс. рублей – 2 группа;

-фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей- 1702,8 тыс. рублей – 3 группа.

Финансирование фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется с учетом поправочных коэффициентов (приложение 2.2 к Соглашению).

## **II.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

**2.1.** Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах медицинских организаций (перечень МО в приложении №3 к Соглашению) установлены:

а) за законченный случай лечения, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) (далее КСГ);

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

**2.2.** В качестве критериев определения отдельных КСГ используются:

– Диагноз (код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ-10));

– Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года №804н);

– Схема лекарственной терапии;

– МНН лекарственного препарата;

– Возрастная категория пациента;

– Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ-10);

– Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

– Длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;

– Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

– Пол;

– Длительность лечения.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется инструкцией по применению клинико-статистических групп для оплаты законченных случаев лечения в круглосуточном и дневном стационарах в системе обязательного медицинского страхования Псковской области на 2020 год, утвержденной приказом ТФОМС от 27 декабря 2019 года №86, разработанной на основании Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования МЗ РФ и ФФОМС.

### **II.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара**

**3.1.** Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в медицинских организациях (перечень МО в приложении №4 к Соглашению) установлены:

а) за законченный случай лечения, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) (далее КСГ);

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

**3.2** Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется инструкцией по применению клинико-статистических групп для оплаты законченных случаев лечения в круглосуточном и дневном стационарах в системе обязательного медицинского страхования Псковской области на 2020 год.

Оплата больных, переведенных в пределах дневного стационара из одного отделения в другое, оплачивается как один случай по КСГ, имеющий максимальный коэффициент затратоемкости.

Оплата при переводе из круглосуточного стационара в дневной или из дневного в круглосуточный в пределах одной медицинской организации оплачивается как один случай по КСГ круглосуточного стационара при длительности пребывания в дневном стационаре до 10 дней включительно и как два отдельных случая по КСГ при длительности пребывания в дневном стационаре более 10 дней.

**3.3** Оплата услуг по экстракорпоральному оплодотворению осуществляется по законченному случаю по КСГ ds02.005 с учетом этапов проведения процедуры ЭКО с применением КСЛП (приложение № 15 к соглашению).

### **II.4. Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

**4.1.** Способ оплаты услуг скорой медицинской помощи, оказанных вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), установлен по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (перечень МО в приложении №5 к Соглашению).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи,

оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов направляемых на оплату услуг скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации медицинскими работниками экстренных консультативных бригад;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

4.1.1. Проведение тромболизиса в условиях скорой медицинской помощи оплачивается по тарифу за услугу в рамках подушевого норматива финансирования.

**4.2.** Оплата услуг скорой медицинской помощи, оказанных вне медицинской организации (структурных подразделений медицинских организаций) иногородним гражданам, производится по отдельному тарифу за вызов и услугу тромболизиса.

**4.3.** Способ оплаты услуг скорой специализированной медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, медицинскими работниками экстренных консультативных бригад производится по отдельному тарифу за вызов (перечень МО в приложении №5.1 к Соглашению).

## **II.5. Способы оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)**

**5.1.** Способ оплаты для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и оказывающих помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи установлен по полному подушевому нормативу на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (перечень МО в приложении №6 к Соглашению).

**5.2.** Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания:

- первичная доврачебная, врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, организованная по территориально-участковому принципу, оказываемая в плановой и неотложной форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, посещение с оказанием неотложной помощи; а также первичная медико-санитарная помощь в

условиях дневного стационара по месту прикрепления с единицей объема-случай лечения (КСГ);

- специализированная медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по месту прикрепления с единицей объема медицинской помощи в стационарных условиях - случай госпитализации (КСГ), в условиях дневного стационара - случай лечения (КСГ).

### **5.3. В размер подушевого норматива не включаются:**

- расходы на оплату по тарифу за услугу ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы и эндоскопических диагностических исследований;

- расходы на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию всех видов, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, оплата которых осуществляется по тарифу за комплексное посещение;

- расходов на стоматологическую медицинскую помощь, оплата которой осуществляется по тарифу за УЕТу.

**5.4.** Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных и в условиях дневного стационара, (включая показатели объема медицинской помощи) и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей (приложение №27 к Соглашению).

## **III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

**1.1.** Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (совместное письмо Министерства здравоохранения № 11-7/и/2-11779 и Федерального Фонда ОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 года), методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом X1 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019 года №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**1.2.** В части медицинской помощи, оказываемой в *амбулаторных условиях* установить:

1.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы в расчете на одно застрахованное лицо в год, определенный



на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 3989,1 рубля.

1.2.2. Средний подушевой норматив финансирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, определен в сумме 1422,97 рублей в год.

1.2.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (приложение №1.1 к Соглашению).

1.2.4. Утвердить подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в разрезе МО с учетом утвержденных коэффициентов (приложение №7 к Соглашению).

1.2.5. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение, мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан) применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных и межучрежденческих расчетов (приложения №8, №9, №10, №10.1 №11, №12 к Соглашению).

1.2.6. Утвердить классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (приложение №23).

Утвердить перечень медицинских изделий расходных материалов, лекарственных препаратов применяемых в стоматологии в рамках системы ОМС (приложение №24).

Утвердить перечень медицинских организаций по уровням для оплаты стоматологических медицинских услуг (приложение №25).

**1.3. В части медицинской помощи, оказываемой в *условиях круглосуточного стационара* установить:**

1.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 5663,1 рубля.

1.3.2. Перечень КСГ с коэффициентами относительной затратоемкости (приложение №13 к Соглашению).

1.3.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (приложение №14 к Соглашению).

1.3.4. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ в том числе:

-коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи:

Медицинские организации 1 уровня – k- 0.95;

Медицинские организации 2 уровня (1 подуровень) – k- 1,05;

Медицинские организации 2 уровня (2 подуровень) – к- 1,1;

Медицинские организации 3 уровня (1 подуровень) – к- 1,2;

Медицинские организации 3 уровня (2 подуровень) – к- 1,3;

-коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) в стационаре (приложение №15 к соглашению).

-управленческий коэффициент- 0,8 применяется к стоимости законченного случая лечения в круглосуточном стационаре по кодам КСГ st12.001; st12.010; st16.003; st27.001; st27.005; st31.012.

-управленческий коэффициент- 1.4 применяется к стоимости законченного случая лечения в круглосуточном стационаре по кодам КСГ –st02.004.

1.3.5. Особенности оплаты по КСГ отражены в приложении №21 к Соглашению.

1.3.6. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение №16 к Соглашению).

**1.4. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров установить:**

1.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 1181,6 рубля.

1.4.2. Перечень КСГ с коэффициентами относительной затратноёмкости (приложение №17 к Соглашению).

1.4.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (приложение №17.1 к Соглашению).

1.4.4. Поправочные коэффициенты в том числе:

-коэффициент уровня оказания медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах:

Медицинские организации 1 уровня (1 подуровень) – к- 0.85;

Медицинские организации 1 уровня (2 подуровень) – к- 1,0;

Медицинские организации 2 уровня (1 подуровень) – к- 0,9;

Медицинские организации 2 уровня (2 подуровень) – к- 1,0;

Медицинские организации 3 уровня – к- 1,1.

1.4.5. Особенности оплаты по КСГ отражены в приложении №21 к Соглашению.

**1.5. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установить:**

1.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС –646,2 рубля.

1.5.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, тарифы за вызов и услугу тромболизиса, в том числе для межтерриториальных расчетов (приложения № 19, №19.1 к Соглашению).

1.5.3. Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи определен в сумме –643,68 рубля на год;

1.5.4. Утвердить половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (приложение №22).

**1.6. В части медицинской помощи, *оказываемой в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц и оказывающих помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи* установить:**

1.6.1 Средний подушевой норматив финансирования медицинских организаций, оказывающих помощь по всем видам и условиям оказания, в расчете на одно застрахованное лицо в год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи определен в сумме- 3341,17 рубля.

1.6.2 Утвердить подушевые нормативы финансирования и коэффициенты дифференциации для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и оказывающих помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (приложение №28).

**1.7. Установить структуру тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с территориальной Программой ОМС Псковской области в части базовой программы ОМС по направлениям расходования средств:**

1.7.1. Расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;

1.7.2. Приобретение лекарственных средств и расходных материалов;

1.7.3. Приобретение продуктов питания;

1.7.4. Прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение 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.

**1.8.** В состав подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи и подушевого норматива финансирования медицинских организаций, оказывающих помощь по всем видам и условиям оказания включены расходы на:

**1.8.1.** Финансовое обеспечение стимулирующих денежных выплат:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

**1.8.2.** Финансовое обеспечение заработной платы и начислений на выплаты по оплате труда врачам и медицинским работникам со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений.

**1.9.** В состав тарифов на оплату скорой медицинской помощи включены расходы на:

- финансовое обеспечение денежных выплат врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

- финансовое обеспечение расходов, необходимых МО для планового содержания персонала по обеспечению экстренных консультативных выездов.

**1.10.** При невозможности МО оказать застрахованному гражданину необходимые для диагностики и лечения медицинские услуги в соответствии с Программой ОМС, медицинская организация направляет пациента и/или биологические и иные материалы для исследования в другие медицинские организации для выполнения этих услуг и исследований. Оплата услуг и/или исследований производится по договорам, заключенным между медицинскими организациями.

#### **IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и уплата штрафов медицинской организацией**

**1.1.** Взаимодействие между участниками и субъектами ОМС осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами РФ, регламентирующими ОМС, нормативными документами ФФОМС, заключенными между участниками ОМС договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

ТФОМС производит финансирование СМО по дифференцированному подушевому нормативу финансирования. Относительные коэффициенты половозрастных затрат, для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования страховой медицинской организации установлены в Приложении №26 к Тарифному соглашению.

1.1.1. При заключении договоров между Страховщиком и МО годовые финансовые планы-задания распределяются поквартально равными долями в рамках годовых согласованных объемов и финансовых средств, при этом в целях оперативного реагирования на сезонные и иные колебания заболеваемости и учета индивидуальных условий работы МО (ремонт, отпуска, вакансии и т.п.) Страховщик и МО при определении договорных условий вправе увеличить (либо внести изменения в сторону увеличения) финансовые плановые задания и объемы по круглосуточному и дневному стационарам, по амбулаторной помощи, неотложной помощи, стоматологической помощи, по медицинским услугам, до 15 процентов плановых финансовых средств в квартал при обеспечении планового задания на полугодие в объеме  $\frac{1}{2}$  суммы финансовых средств от годового, за исключением медицинской помощи оплачиваемой по подушевому нормативу и финансового обеспечения ФАПов.

1.1.2 Контроль объемов осуществляется СМО:

- по скорой медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу в пределах финансовых средств на месяц;
  - по скорой медицинской помощи, оплачиваемой за вызов в пределах финансовых средств на квартал;
  - по амбулаторной помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в пределах предельного объема финансирования на месяц и в соответствии с Порядком (приложение №18) к тарифному соглашению;
  - по амбулаторной помощи, оказываемой в МО, не имеющих прикрепленного населения, в пределах финансовых средств на квартал;
  - по неотложной медицинской помощи в пределах финансовых средств на квартал;
  - по профилактическим мероприятиям в пределах годовых финансовых средств в целом по запланированным финансовым средствам на профилактические мероприятия для МО;
  - по стоматологической медицинской помощи в пределах финансовых средств на квартал;
  - по помощи, оказываемой в круглосуточном и в дневном стационаре контроль осуществляется в рамках общей стоимости КСГ по виду помощи на квартал;
  - по медицинской помощи, оказываемой в МО финансируемых по полному подушевому нормативу с учетом показателей результативности в пределах финансовых средств на месяц;
  - по высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в круглосуточном стационаре, в пределах общей стоимости по каждой группе ВМП на год;
  - по диагностическим медицинским услугам в рамках финансовых средств на квартал;
  - по медицинским услугам гемодиализа в рамках финансовых средств на квартал;
  - по экстракорпоральному оплодотворению в рамках финансовых средств на год.
- В договоре между СМО и МО для проведения контроля объемов дополнительно согласовываются распределенные:
- финансовые средства в круглосуточном стационаре по каждой группе ВМП;
  - по профилактическим мероприятиям финансовые средства в целом по всем мероприятиям;
  - финансовые средства по стоматологии;
  - по амбулаторной помощи (при оплате за посещение, обращение) финансовые средства в целом по виду;
  - по неотложной помощи финансовые средства в целом по виду;
  - по скорой медицинской помощи финансовые средства в целом по виду.

Экономия финансовых средств, после оплаты услуг, оказанных в стационаре, дневном стационаре, амбулаторных условиях переносится на следующий месяц.

**1.2.** Медицинская организация несет ответственность перед СМО и Фондом за достоверность предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь и сведений представленных в реестрах счетов пролеченных больных, в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36.

**1.3.** На основании представленных МО реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

**1.4.** Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты оказанной медицинской организацией медицинской помощи, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

**1.5.** Перечень обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие 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 указан в приложении № 20 к Соглашению.

## **V. Заключительные положения**

**1.1.** Расходование средств ОМС медицинскими организациями производится в соответствии со структурой тарифа на оплату медицинской помощи. Расходование средств ОМС медицинской организацией на цели, не предусмотренные настоящим Соглашением, является нецелевым использованием средств ОМС. При установлении Фондом фактов нецелевого расходования средств ОМС медицинской организацией, медицинская организация в соответствии с требованием Фонда обязана восстановить эти средства в соответствии с действующим законодательством.

**1.2.** Медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, оплачивается СМО в полном объеме в пределах плановых финансовых средств, с учетом требований пунктов 1.1.1 и 1.1.2. Раздела IV.

К оплате принимается фактическая стоимость медицинской помощи в пределах планового финансового задания, установленного решением комиссии по разработке территориальной Программы ОМС. Не подлежат оплате случаи, предъявленные сверх распределенного планового финансового задания, путем

применения кода 5.3.2 к услугам, начиная с последнего по дате оказания. Сумма исключаемых случаев должна быть не менее или равна сумме превышения.

**1.3.** Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказанная медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, за исключением профилактических мероприятий и стоматологических услуг, оплачивается СМО в пределах плановых финансовых средств, определенных на квартал в целом по виду помощи.

При превышении плановой стоимости амбулаторной медицинской помощи, не подлежат оплате случаи, предъявленные сверх распределенного планового финансового задания, путем применения кода 5.3.2 к услугам, начиная с последнего по дате оказания.

**1.4.** Годовые согласованные объемы медицинской помощи формируются:

1.4.1. Для амбулаторной помощи – в обращениях по поводу заболевания, посещениях с профилактической и иными целями, посещениях при оказании медицинской помощи в неотложной форме, законченных случаях по профилактическим мероприятиям, медицинских услугах;

1.4.2. Для стационарной помощи – в случаях госпитализации (КСГ);

1.4.3. Для медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов – в случаях лечения (КСГ).

1.4.4. Для скорой медицинской помощи – в вызовах.

1.4.5. Комиссия в соответствии с Порядком распределения плановых объемов и финансовых заданий между медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС распределяет объемы предоставления медицинской помощи и финансовые средства между медицинскими организациями в рамках стоимости территориальной программы ОМС и доводит до страховой медицинской организации и медицинских организаций.

**1.5.** Комиссия, в случае необходимости, в рамках территориальной программы ОМС проводит корректировку плановых объемов и стоимости медицинской помощи, в разрезе одной медицинской организации или между медицинскими организациями.

**1.6.** При увеличении показателей доходной части бюджета ТФОМС, наличии неиспользованных средств, запланированных на оплату медицинских услуг в рамках территориальной Программы ОМС, а также при невыполнении доходов бюджета ТФОМС комиссия принимает решение об изменении тарифов.

**1.7.** В случае невыполнения медицинскими организациями объемов медицинской помощи, определенных планами-заданиями на предоставление медицинских услуг, выплата заработной платы и финансирование других статей, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, на невыполненный объем не являются обязательством системы ОМС.

**1.8.** Настоящее Соглашение вступает в силу с момента его подписания и действует до принятия нового.

1.8.1. Настоящее Соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения с момента их подписания Сторонами.

1.8.2. Настоящее Соглашение составлено в пяти экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон.

1.9. Приложения №1-№28 являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

Подписи сторон:

Председатель комитета по здравоохранению Псковской области \_\_\_\_\_ М.В.Гаращенко

Директор территориального фонда ОМС Псковской области \_\_\_\_\_ В.К.Альбова

Член Псковской региональной общественной организации «Медицинская палата» \_\_\_\_\_ Г.И.Неваленная

Заместитель директора страховой медицинской организации ЗАО «МАКС-М» филиал в г.Пскове \_\_\_\_\_ Н.И.Михайлова

Председатель Псковской областной организации Профсоюзов работников здравоохранения РФ \_\_\_\_\_ А.Н.Шундер

