

# Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области

г. Новосибирск

«29» декабря 2018 г.

## 1. Общие положения

**Министерство здравоохранения Новосибирской области** в лице министра Хальзова Константина Васильевича,

**Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области** в лице директора Ягнюковой Елены Владимировны,

**страховые медицинские организации** в лице генерального директора Общества с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская организация «СИМАЗ-МЕД» Вторушина Евгения Станиславовича,

**медицинские профессиональные некоммерческие организации**, созданные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в лице председателя Общественной организации «Новосибирская областная ассоциация врачей» Дорофеева Сергея Борисовича,

**профессиональные союзы медицинских работников или их объединения (ассоциации)** в лице председателя Новосибирской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Печерской Галины Ивановны,

в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», на основании Бюджетного кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н (далее – Правила), приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», и соответствии с требованиями приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации от 08.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядок их применения на территории Новосибирской области, а также способов оплаты медицинской помощи, размеров неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (далее – санкций).

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) застрахованным лицам на территории Новосибирской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Под медицинскими организациями в тарифном соглашении понимаются медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих ТП ОМС.



Система оплаты медицинской помощи, устанавливаемая Тарифным соглашением, должна способствовать решению следующих основных задач:

- обеспечивать реализацию гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Новосибирской области, определяемых ТП ОМС, в условиях максимально эффективного расходования финансовых средств;
- обеспечивать предсказуемость затрат на медицинскую помощь;
- стимулировать реструктуризацию медицинской помощи, ресурсосбережение: смещение объема помощи на внегоспитальный этап, сокращение длительности пребывания больных в стационаре, усиление профилактической направленности в деятельности медицинских учреждений, обеспечение заинтересованности в рациональном расходовании финансовых ресурсов;
- способствовать приведению уровня тарифов в соответствии с нормативно обоснованными затратами на оказание медицинской помощи застрахованным лицам.

## **2. Способы оплаты медицинской помощи**

### **2.1. Общие принципы и условия применения тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

2.1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС) в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций (далее - СМО) и ТФОМС НСО, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования Новосибирской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинских услуг по законченным случаям оказания медицинской помощи применяются тарифы по ОМС, действующие на дату окончания лечения.

Тарифы устанавливаются, исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленного законом Новосибирской области о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области на текущий год и на плановый период, и могут корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

2.1.2. Тарифы по ОМС формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения, и включают виды расходов, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2.1.3. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия) между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

2.1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией сверх объемов, распределенных для нее решением Комиссией, осуществляется на основании решения Комиссии о перераспределении объемов.

2.1.5. Реестры счетов и счета на оплату медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам, формируются в разрезе СМО по принадлежности полиса ОМС по установленной форме в зависимости от условий оказания медицинской помощи.

Идентификация застрахованных лиц, не имеющих в момент обращения за медицинской помощью полисов ОМС, производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.



Реестры счетов и счета на оплату медицинских услуг, оказанных лицам, застрахованным за пределами Новосибирской области, предоставляются в ТФОМС НСО.

Формирование реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи производится программными продуктами, реализующими действующую методику расчета стоимости медицинской помощи, в зависимости от условий ее оказания, на основе согласованных в установленном порядке тарифов.

2.1.6. Случаи оказания медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Новосибирской области, не включенные медицинской организацией в соответствующий реестр счетов, включаются в реестр счетов следующего месяца.

Сведения о случаях оказания медицинской помощи, не включенных медицинской организацией в соответствующие реестры счетов, формируются медицинской организацией в отдельные реестры и представляются в ТФОМС НСО с письменным объяснением причин несвоевременного предоставления информации.

2.1.7. Оплата счетов медицинской организации осуществляется из средств, полученных СМО в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

При наличии задолженности по оплате счетов и отсутствии средств обязательного медицинского страхования на счетах СМО, оплата счетов производится в течение 2-х рабочих дней с момента поступления средств из ТФОМС НСО.

СМО направляет медицинской организации уведомление о принятии счетов к оплате до 25 числа месяца, следующего за отчетным.

2.1.8. В случае изменения тарифов (индексация, изменение поправочных коэффициентов и т.д.) медицинские организации повторно предоставляют в СМО пакет документов на оплату медицинской помощи, а СМО оплачивает или удерживает сумму разницы при осуществлении расчетов по ранее предъявленным реестрам счетов и оплаченным счетам медицинской организации.

## **2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

2.2.1. При реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты 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, в том числе, 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).

### **2.2.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях**

Имеющие прикрепившихся лиц медицинские организации, оплата медицинской помощи которым осуществляется по подушевому нормативу финансирования лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, определены в Приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Не имеющие прикрепившихся лиц медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций, оплата медицинской помощи которым осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), определены в Приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

### **2.2.3. Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи и единиц оказания медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи**

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим видам медицинской помощи:



- первичная медико-санитарная помощь (включая первичную доврачебную, первичную врачебную, первичную специализированную медико-санитарную помощь).

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется в следующих формах:

- неотложной;
- плановой.

Единицами оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях являются:

- посещения с профилактической целью;
- посещения с неотложной целью;
- обращение по поводу заболевания.

Для оплаты стоматологической медицинской помощи и диагностических исследований, оказываемых в амбулаторных условиях, за единицу объема принимаются условные единицы трудоемкости (далее - УЕТ).

Тарифы на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, определены в Приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению (в электронном виде).

#### **2.2.4. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи и за единицу объема медицинской помощи определен в Приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

### **2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

#### **2.3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях**

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, определены в Приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **2.3.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе прерванных случаев)**

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- 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.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в стационарных условиях осуществляется за законченный случай лечения заболевания по нормативам финансовых затрат.

Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе прерванных случаев, определен в Приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

### **2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара**

#### **2.4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара**

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие медицинскую помощь в условиях дневного стационара, определены в Приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **2.4.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в дневных стационарах при поликлиниках, стационарах дневного пребывания при стационаре, стационарах на дому) (в том числе прерванных случаев)**



При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- 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, оказание услуг диализа.

Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в дневных стационарах при поликлиниках, стационарах дневного пребывания при стационаре, стационарах на дому) определен в Приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

## **2.5. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

### **2.5.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации**

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определены в Приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

### **2.5.2. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи**

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, за исключением вызовов скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме и остром ишемическом инсульте с проведением тромболитической терапии.

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) при остром коронарном синдроме и остром ишемическом инсульте с проведением тромболитической терапии, а также при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной лицам, застрахованным за пределами Новосибирской области, осуществляется за вызов скорой медицинской помощи.

Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи приведен в Приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

## **2.6. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации**

Порядок применения способов оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, оплата которой производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, определены в Приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению.

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

**3.1.** Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС рассчитываются в соответствии с Методикой расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной Правилами.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с ТП ОМС и включает в себя расходы на:



- заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты (далее - расходы на оплату труда);

- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, мягкого инвентаря, 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), приобретение продуктов питания или организации питания при отсутствии организованного питания в медицинской организации (далее - расходы на медикаменты, мягкий инвентарь и продукты питания);

- 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 (далее - расходы на содержание медицинской организации).

**3.2.** Расходы на оплату труда устанавливаются с учетом требований Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», а также Плана мероприятий (дорожной карты) «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Новосибирской области», утвержденного распоряжением Правительства Новосибирской области от 04.03.2013 № 121-рп, и включают выплаты, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации, и Отраслевым соглашением по государственным учреждениям, подведомственным министерству здравоохранения Новосибирской области.

В состав расходов на оплату труда включаются выплаты, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации и Отраслевым соглашением по государственным учреждениям, подведомственным министерству здравоохранения Новосибирской области, с учетом расходов на финансовое обеспечение осуществления 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, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам и специалистам со средним медицинским образованием за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При формировании тарифов не учитываются:

- иные выплаты работникам медицинских организаций, устанавливаемые органами государственной власти Новосибирской области, не предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации и Отраслевым соглашением по государственным учреждениям, подведомственным министерству здравоохранения Новосибирской области;

- увеличение надбавок, доплат, повышений и других выплат к заработной плате, устанавливаемых работникам медицинских организаций ведомственного подчинения в соответствии с нормативными правовыми актами и распорядительными документами министерств и ведомств, сверх установленных нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Расходы по начислениям на выплаты по оплате труда включаются в тариф в размере, устанавливаемом законодательством Российской Федерации.

Включение в тариф расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий осуществляется в соответствии с действующими нормативными документами, в том числе Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского



назначения и расходных материалов, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках ТП ОМС.

Расходы на мягкий инвентарь, продукты питания, содержание медицинской организации включаются в тариф в соответствии нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Использование средств ОМС медицинскими организациями производится в соответствии со структурой распределенного Комиссией объема финансового обеспечения медицинской помощи в разрезе видов расходов.

В случае обоснованной экономии средств, полученных на оплату труда, средства могут быть направлены на другие виды расходов, включенные в состав тарифа.

Экономия средств, полученных на оплату труда, считается обоснованной если:

- образована за счет превышения предельной величины базы для исчисления страховых взносов в соответствии с главой 34 Налогового кодекса Российской Федерации, и за счет остатков средств, сформировавшихся после расчетов с работниками по выплате заработной платы, уплаты страховых взносов, НДФЛ, на конец финансового года,

- соблюдаются условия соответствия уровня заработной платы медицинского персонала уровню заработной платы, установленному «дорожной картой» в медицинских организациях, подведомственных Минздраву НСО.

В случае обоснованной экономии средств, полученных на содержание медицинской организации, средства могут быть направлены на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря, продуктов питания.

Средства, полученные медицинскими организациями за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Новосибирской области, используются на все виды расходов, включенные в состав тарифа.

В тариф на оплату медицинской помощи включаются расходы, определенные ТП ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования за счет средств субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и межбюджетных трансфертов из бюджета Новосибирской области в бюджет ТФОМС НСО.

Нецелевым использованием средств ОМС является направление медицинской организацией средств ОМС на цели, полностью или частично не соответствующие целям, установленным настоящим Тарифным соглашением, в том числе:

- на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС;
- на возмещение расходов по медицинской помощи, не предусмотренной лицензией медицинской организации;
- на возмещение расходов, не включенных в состав тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС;
- расходование средств ОМС при отсутствии подтверждающих документов;
- расходование средств ОМС сверх норм, установленных соответствующими министерствами, ведомствами;
- оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС.

В соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании расходы медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу, за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляются.

Расходы медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, на приобретение основных средств свыше 100 тысяч рублей за единицу осуществляются в соответствии с «Порядком приобретения основных средств, стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, за счет средств обязательного медицинского страхования для медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь», установленным Комиссией по формированию территориальной программы ОМС.



В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 №73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования» средств, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования, а также за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки.

### **3.3. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях**

#### ***3.3.1. Средний размер финансового обеспечения***

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области в амбулаторных условиях, на 1 застрахованное лицо составляет 4 566,59 рублей.

#### ***3.3.2. Размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях***

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в месяц составляет 243 рублей в расчете на одно застрахованное лицо.

#### ***3.3.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи***

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, приведены в электронном виде в Приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.4. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях**

#### ***3.4.1. Средний размер финансового обеспечения***

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области в стационарных условиях, на 1 застрахованное лицо составляет 6 243,38 рублей.

#### ***3.4.2. Перечень КСГ и коэффициентов относительной затратоемкости***

Перечень клинико-статистических групп и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ по стационарной помощи, приведены в таблице Приложения 3 к настоящему Тарифному соглашению.

#### ***3.4.3. Размер средней стоимости КСГ***

Базовая ставка на оплату медицинской помощи по ОМС по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), составляет 26 227 рублей «(в том числе без учета коэффициента дифференциации, рассчитываемого в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 №462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»).



страхования» (далее – постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462), 23 050 рублей)».

#### ***3.4.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ***

Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, управленческие коэффициенты, коэффициенты сложности лечения пациента в стационарных условиях приведены в Приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

#### ***3.4.5. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)***

Нормативы финансовых затрат за законченный случай лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, приведены в электронном виде (Приложение 6 к настоящему Тарифному соглашению) к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.5. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара**

#### ***3.5.1. Средний размер финансового обеспечения***

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области в условиях дневного стационара, на 1 застрахованное лицо составляет 1 351,61 рублей.

#### ***3.5.2. Перечень КСГ и коэффициентов относительной затроемкости***

Перечень клинко-статистических групп (КСГ) и установленные коэффициенты относительной затроемкости для определения стоимости КСГ по медицинской помощи в условиях дневного стационара, приведены в Приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

#### ***3.5.3. Размер средней стоимости КСГ***

Базовая ставка на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара по законченному случаю, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу (КСГ) составляет 13 178 рублей (в том числе без учета коэффициента дифференциации, рассчитываемого в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 №462, 11 559,65 рублей).

#### ***3.5.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ***

Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, управленческие коэффициенты, коэффициенты сложности лечения пациента в условиях дневного стационара приведены в Приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.6. Размер и структура тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации**

#### ***3.6.1. Средний размер финансового обеспечения***

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области в части скорой медицинской помощи, на 1 застрахованное лицо составляет 859,24 рублей.

#### ***3.6.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи***

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в месяц составляет 70,41 рублей в расчете на одно застрахованное лицо.

#### ***3.6.3. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи***

Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, приведены в электронном виде (Приложение 6 к настоящему Тарифному соглашению).

### **3.7. Размер и структура тарифа на оплату услуг диализа, оказываемых в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационаров**



### **3.7.1. Размер средней стоимости услуги диализа**

Базовый тариф на оплату услуг гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») составляет 5 792,01 рублей (в том числе без учета коэффициента дифференциации - 5 171,44 рублей).

Базовый тариф на оплату услуг перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ») составляет 3 282,23 рубля (в том числе без учета коэффициента дифференциации, - 2 879,15 рубля).

### **3.7.2. Коэффициенты относительной затроемкости**

Установленные коэффициенты относительной затроемкости для определения стоимости услуг диализа, оказываемых:

- в амбулаторных условиях, приведены в Приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению;
- в условиях стационара, приведены в Приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению;
- в условиях дневного стационара, приведены в Приложении 4 к настоящему 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**

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС к медицинским организациям применяются финансовые санкции, действовавшие во время совершения выявленного нарушения, в соответствии с Перечнем санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (Приложение 8);

При подтверждении по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС фактов необоснованного включения в реестр счетов на оплату случаев оказания медицинской помощи, эти случаи исключаются из единой базы медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам.

## **5. Заключительные положения**

5.1. При наличии у Стороны предложений о внесении изменений в Тарифное соглашение, она направляет свои предложения в адрес председателя Комиссии.

5.2. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяет свое действие на правоотношения по оплате медицинской помощи, оказанной с 01.01.2019.

5.3. Все приложения Тарифного соглашения являются его неотъемлемой частью.

5.4. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, согласованные Сторонами (при наличии решения Комиссии).

5.5. Действие настоящего Тарифного соглашения прекращается с момента принятия нового Тарифного соглашения.

5.6. Неотъемлемыми приложениями Тарифного соглашения являются:

1. Приложение 1: «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь по условиям её предоставления в рамках Территориальной программы ОМС»
2. Приложение 2: «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»
3. Приложение 3: «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях»
4. Приложение 4: «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара»
5. Приложение 5: «Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи»



6. Приложение 6: «Тарифы на оплату медицинской помощи» в электронном виде
7. Приложение 7: «Перечень медицинских организаций по уровням и подуровням оказания медицинской помощи»
8. Приложение 8: «Перечень санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»
9. Приложение 9 «Перечень обязательных полей реестров счетов для формирования персонифицированных сведений об оказании медицинской помощи»
10. Приложение 10 «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации»

Министр здравоохранения  
Новосибирской области

Директор Территориального  
фонда обязательного  
медицинского страхования  
Новосибирской области

Председатель Новосибирской  
областной ассоциации врачей

  
К.В. Хальзов  
М.П., подпись


  
Е.В. Ягнюкова  
М.П., подпись

  
С.Б. Дорофеев  
М.П., подпись

Генеральный директор  
общества с ограниченной  
ответственностью «Страховая  
медицинская организация  
«СИМАЗ-МЕД»

Председатель Новосибирской  
областной организации  
профсоюза работников  
здравоохранения Российской  
Федерации

  
Е.С. Вторушин  
М.П., подпись

  
Г.И. Печерская  
М.П., подпись