

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**в системе обязательного медицинского страхования населения**  
**Самарской области**

" 13 " января 2017 г.

Министерство здравоохранения Самарской области в лице заместителя председателя Правительства Самарской области - министра здравоохранения Самарской области Гридасова Г.Н., действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области в лице директора Мокшина В.Н., действующего на основании Положения, Ассоциация медицинских страховых компаний Самарской области в лице президента Козлова О.В., действующего на основании Устава, Самарская областная Ассоциация врачей в лице президента Измалкова С.Н., действующего на основании Устава, и Самарская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Климентовой Л.А., действующей на основании Устава, именуемые в дальнейшем Стороны, руководствуясь приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФФОМС) от 18 ноября 2014 года №200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" с изменениями (приказ ФФОМС от 14.04.2015 № 64 и от 29.11.2016 № 267) и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н, заключили настоящее Тарифное соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Предметом настоящего Соглашения являются взаимоотношения сторон по формированию тарифов для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.2. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС

способами оплаты медицинской помощи в зависимости от условий оказания медицинской помощи и норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Самарской области медицинской помощи на 2016 год.

### 1.3. Основными целями Соглашения являются:

предоставление жителям Самарской области равных условий в получении качественной, доступной, бесплатной медицинской помощи в рамках ТП ОМС населения Самарской области;

приведение в соответствие плановых затрат страховых медицинских организаций (далее - СМО) на оказание медицинской помощи застрахованным лицам и объемно-финансовых нормативов ТП ОМС;

обеспечение соответствия плановых доходов и расходов медицинских организаций объемам предоставления медицинской помощи, утвержденным Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия);

приведение тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС в соответствии с нормативами ТП ОМС.

## 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. При реализации ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам:

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 (далее - МО), не имеющих прикрепившихся лиц);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (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, оказании услуг диализа;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (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, оказании услуг диализа;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне МО (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;

при оплате долечивания в условиях санатория – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний).

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам, за единицу объема медицинской помощи принимаются:

при оказании медицинской помощи (кроме стоматологической) в амбулаторных условиях – посещение, обращение;

при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – посещение и УЕТ (условная единица трудоемкости);

при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах – случай госпитализации;

при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара –

случай лечения;

при оказании отдельной медицинской услуги - услуга;

при оказании скорой медицинской помощи - вызов;

при применении вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) – случай лечения;

при долечивании в условиях санатория – случай госпитализации.

2.3. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации ТП ОМС оказание медицинской помощи застрахованным лицам осуществляется в соответствии с трехуровневой системой организации медицинской помощи:

первый уровень - оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи);

второй уровень - оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в МО, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

третий уровень - оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в МО, имеющих в своей структуре подразделения, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, представлен в Приложении 9.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении 10.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата медицинской помощи в кото-

рых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний - далее КСГ), представлен в Приложении 11.

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях, 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 изложен в Приложении 18.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ), представлен в Приложении 12.

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, 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 изложен в Приложении 18.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за вызов и по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, представлен в Приложении 13.

Перечень МО, осуществляющих долечивание в условиях санатория по уровням оказания медицинской помощи, оплата в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний КСГ, представлен в Приложении 14.

### **3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

3.1. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Тарифы на

оплату медицинской помощи по ОМС (в том числе на оплату долечивания в условиях санатория) устанавливаются настоящим Соглашением.

Расчет тарифов производится в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" и приказом ФФОМС от 18 ноября 2014 года №200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения".

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп МО и (или) структурных подразделений МО:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для МО и (или) структурных подразделений МО, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа): первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для МО, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для МО и (или) структурных подразделений МО, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Перечень МО (структурных подразделений МО) по уровням оказания медицинской помощи в стационарных условиях представлен в Приложении 2.

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

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 3 216,07 рублей;

размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу представлен в Приложении 5;

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 представлены в Приложении 1;

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования установлены в Приложении 6;

коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для МО объединенных в однородные группы представлены в Приложении 3.

В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо - 4065,68 рублей;

перечень групп заболеваний по КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ представлены в Приложении 17;

размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) включенного в КСГ установлена в размере 19699,55 рублей;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для МО определены в Приложении 4;

управленческий коэффициент установлен в Приложении 17;

коэффициент сложности лечения пациента определен "Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС" в Приложении 18;

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены в Приложении 1 Соглашения в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащему в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленные Разделом 1 и включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования и соответствуют нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи.

В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 778,95 рублей;

размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ установлена в размере 7535,92 рублей;



перечень групп заболеваний по КСГ с указанием коэффициента относительной затратоемкости КСГ и размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ представлены в Приложении 20;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара равен 1,0;

управленческий коэффициент установлен в Приложении 20;

коэффициент сложности лечения пациента установлен в Приложении 18.

В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 536,91 рублей;

размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи установлен в Приложении 7;

тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в Приложении 1;

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования установлены в Приложении 8;

коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи МО объединенные в однородные группы представлены в Приложении 21.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам определяют уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО.

МО направляют средства, полученные от СМО за оказание медицинской помощи на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включают расходы непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи в системе ОМС и расходы на обеспечение деятельности

МО.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с ТП ОМС Самарской области и включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, 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 МО), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи, 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.

Расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу, проведение капитального ремонта и подготовка проектно-сметной документации для его проведения в структуру тарифа не включаются.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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, а также доплаты водителям и младшему медицинскому персоналу медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за участие в оказании медицинской помощи;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

За счет средств ОМС осуществляются денежные выплаты стимулирующего характера (надбавки) работникам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи: врачу - 5 000 рублей в месяц, фельдшеру - 3 500 рублей в месяц, медицинской сестре - 2 500 рублей в месяц.

При оказании медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ТП ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования предусмотрены лекарственные препараты для медицинского применения, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом "Об обращении лекарственных средств", и медицинские изделия, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи, для лечения основного и сопутствующих заболеваний по назначению лечащего врача.

Застрахованные лица, получающие лечение с использованием стационаро-замещающих технологий в стационарах круглосуточного пребывания и в круглосуточных стационарах, обеспечиваются лечебным питанием по назначению лечащего врача в соответствии с нормами, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2003 № 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических

учреждениях Российской Федерации", от 21.06.2013 № 395н "Об утверждении норм лечебного питания", приказом Министерства здравоохранения СССР от 10.03.86 № 333 "Об улучшении организации лечебного питания в родильных домах (отделениях) и детских больницах (отделениях)".

В тарифах на проведение программного гемодиализа в условиях дневного стационара пациентам с ХПН учтены расходы на медикаменты, расходные материалы и лечебное питание.

3.4. При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.07.2013 года № 65н с изменениями и дополнениями от 16 декабря 2013 г. № 121н, от 20 февраля 2014 г. № 11н, от 14 мая 2014 г. № 34н, от 26 мая 2014 г. № 38н, от 11 июня 2014 г. № 47н, от 30 июля 2014 г. № 67н, от 29 августа 2014 г. № 88н, от 26 сентября 2014 г. № 109н, от 21 ноября 2014 г. № 134н, от 16 декабря 2014 г. № 150н, от 29 декабря 2014 г. № 176н, от 12 марта 2015 г. № 36н, от 17 апреля 2015 г. № 66н, от 2 июня 2015 г. № 86н, от 8 июня 2015 г. № 90н, от 21 июля 2015 г. № 114н, от 5 октября 2015 г. № 156н, от 1 декабря 2015 г. № 190н, от 25 декабря 2015 г. № 215н, от 16 февраля 2016 г. № 9н, от 1 апреля 2016 г. № 38н, от 20 июня 2016 г. № 89н, от 20 июня 2016 г. № 90н, от 12 октября 2016 г. № 180н и от 7 декабря 2016 г. № 230н, Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 года № 1 и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановлением Госстандарта России от 26.12.1994 года № 359.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются за счет средств субвенции ФФОМС, в том числе включают расходы на обеспечение деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС.

МО направляют средства, полученные от СМО за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС, на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС и не используют для иных

целей, финансируемых за счет средств бюджетов всех уровней или других источников, а также за счет предпринимательской деятельности.

Оплата медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной лицам, застрахованным на территории Самарской области и за ее пределами, производится по тарифам на оплату медицинской помощи, определенным в Приложении 1, Приложении 17 и Приложении 20 Соглашения с применением установленных коэффициентов:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с применением коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для МО объединенных в однородные группы определенных в Приложении 3;

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров с применением управленческого коэффициента установленного в Приложении 20 и коэффициента сложности лечения пациента определенного в Приложении 18;

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с применением коэффициента уровня оказания медицинской помощи установленного для МО в Приложении 4, управленческого коэффициента установленного в Приложении 17 и коэффициента сложности лечения пациента, определенного в Приложении 18.

Правила отнесения законченного случая лечения к соответствующей КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров определены в Приложении 19.

3.6. Решение о направлении поступившего объема финансовых средств на ту или иную предметную статью классификации операций сектора государственного управления, относящегося к расходам бюджета, принимается руководителем МО с учетом соблюдения принципа эффективного и рационального использования средств обязательного медицинского страхования, при условии соблюдения натуральных норм по продуктам питания, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение и питание со стороны застрахованных, отсутствия кредиторской задолженности. МО ведут отдельный аналитический учет по-

ступления и расходования финансовых средств по видам и условиям оказания медицинской помощи.

3.7. В рамках ТП ОМС выделены межбюджетные трансферты из областного бюджета бюджету ТФОМС Самарской области на долечивание (реабилитацию) работающих граждан, проживающих в Самарской области, в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения (далее - долечивание в условиях санатория).

МО оказывающие медицинскую помощь по долечиванию в условиях санатория применяют единые тарифы установленные в Приложении 1.

3.8. Для Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области "Самарская городская больница № 5" (далее – СГБ № 5) и инфекционных отделений больниц: ГБУЗ Самарской области "Тольяттинская городская клиническая больница №5" (далее – ТГКБ № 5), ГБУЗ Самарской области "Сызранская городская больница № 1" (далее – СГБ № 1), ГБУЗ Самарской области "Жигулевская центральная городская больница" (далее ЖЦГБ) в Приложении 17 устанавливаются тарифы, включающие расходы по статьям и подстатьям классификации операций сектора государственного управления, в том числе в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера.

Финансовые средства в рамках дополнительного тарифа на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда для СГБ № 5 и инфекционных отделений ТГКБ № 5, СГБ № 1 и ЖЦГБ утверждаются решением Комиссии и ежемесячно определяются в соответствии с Приложением 18 и направляются СМО в указанные МО по дополнительному тарифу к тарифам.

Оплата лечения застрахованных лиц, полис которым выдан за пределами Самарской области, в СГБ № 5 и инфекционных отделениях ТГКБ № 5, СГБ № 1 и ЖЦГБ осуществляется в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара, определенного в Приложении 17 Соглашения, с применением коэффициентов уровня оказания стационарной медицинской помощи Приложение 4, управленческого коэффициента Приложение 17 и коэффициента сложности лечения пациента, определенного в Приложении 18.

3.9. Расходование средств обязательного медицинского страхования, не соответствующее полностью или частично целям, определенным настоящим

Соглашением является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе направление средств ОМС на:

возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС, а также для возмещения расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой предусмотрено из других источников;

возмещение расходов по медицинской помощи, не предусмотренной лицензией МО;

возмещение расходов, не включенных в структуру тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС;

цели, не предусмотренные условиями договора между СМО и МО;

необоснованное получение МО средств обязательного медицинского страхования;

оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС;

расходование средств ОМС на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

При установлении фактов нецелевого расходования средств обязательного медицинского страхования, МО обязана возратить эти средства в бюджет ТФОМС Самарской области.

3.10. ТФОМС осуществляет контроль целевого использования средств обязательного медицинского страхования в МО, работающих в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

3.11. Изменение и индексация тарифов осуществляется путем внесения изменений в настоящее Соглашение.

**4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА.**

4.1. ТФОМС Самарской области и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 "Об утверждении По-

рядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО (или ТФОМС Самарской области), в соответствии с "Перечнем нарушений, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и размеры финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования населения Самарской области", представленными в Приложениях 15,16.

4.2. При применении финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, ТФОМС, СМО и МО руководствуются Приложениями Соглашения, действовавшего в момент оказания медицинской помощи.

4.3. Отдельные вопросы организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию определяются Приложением 18 "Регламент применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС".

## 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01.01.2017 года и действует до принятия нового Соглашения.

5.2. По взаимному согласию Сторон или в соответствии с законодательством Российской Федерации в настоящее Соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, являющиеся его неотъемлемой частью.

5.3. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

5.4. По всем вопросам, не урегулированным настоящим Соглашением, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством.

Заместитель председателя Правительства  
Самарской области – министр здравоохранения  
Самарской области



Г. Н. Гридасов



Директор ТФОМС  
Самарской области

В.Н. Мокшин

Президент Ассоциации медицинских  
страховых компаний Самарской области

О.В. Козлов

Президент Самарской областной  
Ассоциации врачей

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

Л.А. Климентова

