

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2017 ГОД

20.12.2016 года

г. Н.Новгород

1. Общие положения

Министерство здравоохранения Нижегородской области (далее - министерство) в лице министра здравоохранения Нижегородской области Кузнецова Геннадия Николаевича и первого заместителя министра здравоохранения Нижегородской области Переслегиной Ирины Александровны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее – ТФОМС Нижегородской области) в лице директора Малышевой Светланы Александровны и начальника отдела организации обязательного медицинского страхования Мальхановой Александры Николаевны,

страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее - СМО) в лице директора Нижегородского филиала ОАО «РОСНО-МС» Емелиной Веры Александровны и директора Филиала ООО «РГС-Медицина» в Нижегородской области Платоновой Татьяны Владимировны,

Нижегородская региональная общественная организация "Врачебная палата Нижегородской области" в лице председателя Железина Олега Валерьевича,

Нижегородская региональная общественная организация "Главный врач" в лице председателя Сухачевой Надежды Николаевны,

Нижегородская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Лукичевой

Людмилы Васильевны и заведующей социально-экономическим отделом Савельевой Любови Павловны,

медицинские организации в лице главного врача ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 7 Ленинского района г.Нижнего Новгорода имени Е.Л. Березова» Гомозова Германа Игоревича и заместителя главного врача ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» Сорокина Игоря Геннадьевича,

именуемые в дальнейшем Сторонами, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, Положением о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011г. № 158н, Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010г. № 230, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016г. № 1403, Программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Нижегородской области от 19.12.2016г. № 866, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014г. № 200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию (далее – тарифы по ОМС) и порядок их применения на территории Нижегородской области.

2. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также медицинских организаций, возникающие при реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Нижегородской области на 2017 год (далее – Территориальная программа ОМС). Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС (далее – медицинские организации) установлен Программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Нижегородской области от 19.12.2016г. № 866 (далее - Программа).

3. Тарифы по ОМС применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Нижегородской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

4. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории Нижегородской области в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется СМО, заключившими договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС Нижегородской области, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов

Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется ТФОМС Нижегородской области в соответствии с действующим законодательством.

5. Настоящее Тарифное соглашение устанавливает порядок применения тарифов по ОМС в медицинских организациях, а также ответственность за несоблюдение условий оказания медицинской помощи, ее оплаты и порядка использования средств ОМС в медицинских организациях.

6. Настоящее Тарифное соглашение заключено на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия), состав которой утвержден Распоряжением Правительства Нижегородской области от 12.10.2011 № 2071-р «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Нижегородской области».

В настоящем Тарифном соглашении используются следующие термины и определения:

Тарифы - тарифы на оплату медицинской помощи, рассчитываемые в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включающие в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица – граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федерального закона от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 №4528-1 «О беженцах».

Медицинская организация (МО) - медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС Нижегородской области.

Страховая медицинская организация (СМО) - страховая медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС Нижегородской области и заключившая договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС Нижегородской области.

Подушевой норматив - финансовый норматив на одно застрахованное лицо в месяц, используемый при оплате амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи.

Дифференцированный подушевой норматив – финансовый норматив на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающий различия в затратах на оказание медицинской помощи застрахованному лицу.

Реестры – персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС Нижегородской области. Реестры передаются из МО в СМО и ТФОМС Нижегородской области в бумажном и электронном виде.

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), участвующих в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС.

Тарифы по ОМС дифференцируются по видам медицинской помощи и

по категориям населения (взрослое, детское).

2.1.2. Тарифы по ОМС применяются в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными разделом VII Программы.

При формировании реестров по законченным случаям оказания медицинской помощи применяются тарифы по ОМС, действующие на дату окончания лечения.

Тарифы по ОМС могут корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

2.1.3. 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 затрат (расходов), установленных Территориальной программой ОМС.

2.1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Нижегородской области лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется по видам, условиям и формам, включенным в базовую программу ОМС, по способам, тарифам, действующим на территории Нижегородской области.

2.1.5. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

2.1.6. Комиссия рассматривает предложения по перераспределению установленных объемов предоставления медицинской помощи по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

В целях оценки исполнения плановых объемов медицинской помощи медицинские организации определяют квартальную и месячную долю плана-

задания и осуществляют мониторинг их выполнения.

Результаты мониторинга учитываются при формировании Заявки на изменение объемов плана-задания медицинских организаций.

По итогам работы за месяц и квартал, медицинские организации могут направить предложения по перераспределению установленных объемов предоставления медицинской помощи в Комиссию.

Годовой план распределяется медицинской организацией по кварталам с учетом сезонного характера потребления медицинской помощи.

2.1.7. Финансовые средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оплаты медицинской помощи, аккумулируются в ТФОМС Нижегородской области.

ТФОМС Нижегородской области производит финансирование СМО по дифференцированному подушевому нормативу финансового обеспечения, которые из полученных средств оплачивают медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС.

2.1.8. Медицинские организации, работающие в сфере ОМС, используют тарифы по ОМС на медицинскую помощь, утвержденные в установленном порядке и применяют их для определения стоимости оказанной медицинской помощи и формирования реестров и счетов, которые предоставляются СМО или ТФОМС Нижегородской области.

2.1.9. Медицинские организации формируют и направляют реестры в те страховые медицинские организации, где застрахован гражданин.

В случае, если гражданин сменил в течение периода лечения страховую медицинскую организацию, оплату производит СМО, в которой пациент был застрахован на дату окончания лечения.

В случае, если пациент не был застрахован на дату начала лечения, оплату производит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

2.1.10. Реестры за оказанную медицинскую помощь формируются в

медицинских организациях в бумажном и электронном виде.

2.1.11. Реестры на оплату медицинской помощи представляются медицинскими организациями в СМО в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

2.1.12. СМО производят оплату предъявленных реестров за оказанную медицинскую помощь медицинскими организациями из полученных от ТФОМС Нижегородской области финансовых средств в соответствии с установленным способом оплаты медицинской помощи по утвержденным тарифам по ОМС, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

2.1.13. Оплата реестров производится СМО в следующем порядке:

2.1.13.1. СМО направляют в медицинские организации аванс в размере и в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, с учетом остатка средств в медицинской организации после окончательного расчета за предыдущий период на основании заявки на авансирование медицинской помощи.

2.1.13.2. Реестры оплачиваются СМО путем перечисления указанных средств на лицевой (расчетный) счет медицинской организации до 15 числа месяца, следующего за отчетным, с учетом перечисленного аванса за отчетный месяц. СМО оплачивает реестры из полученных по заявке целевых средств от ТФОМС Нижегородской области.

2.1.13.3. При нехватке средств на оплату медицинской помощи СМО имеют право обратиться в ТФОМС Нижегородской области за предоставлением целевых средств из нормированного страхового запаса ТФОМС Нижегородской области.

2.1.13.4. Оплата конкретной медицинской организации медицинской помощи, оказанной в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, входящих в Территориальную программу ОМС, осуществляется при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности и договора на

оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

2.1.14. Средства ОМС используются медицинскими организациями по целевому назначению в соответствии со структурой утвержденного тарифа по ОМС.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

Медицинские организации, имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется 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), определены в Приложении №1 к настоящему Тарифному соглашению.

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оплата медицинской помощи, в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за законченный случай лечения, случай лечения заболевания в стоматологии, включённого в соответствующую стоматологическую группу заболеваний, определены в Приложении №2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

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, подлежат посещения и обращения к врачу-терапевту участковому, врачу-педиатру участковому, врачу общей практики (семейному врачу), врачу медицинского кабинета и/или здравпунктов дошкольно-школьных образовательных учреждений (далее - врач ДШО), врачу-терапевту* (для медицинских организаций отмеченных (*) в приложении № 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), в которых оплата осуществляется за единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)» к Тарифному соглашению), и к врачам-специалистам – хирургу, детскому врачу-хирургу, врачу кардиологу, детскому врачу-кардиологу, врачу-онкологу, врачу-урологу, врачу-эндокринологу, детскому врачу-эндокринологу и к врачам-специалистам, ведущим приём взрослого и/или детского населения - офтальмологу, неврологу, оториноларингологу, инфекционисту, травматологу-ортопеду, а также фельдшеру и/или заведующему фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшеру.

В расчет подушевого норматива также заложено проведение необходимых параклинических исследований, в том числе: определение группы крови, резус фактора, HBS - антигена, RW, ВИЧ, общий анализ крови, биохимический анализ крови, включая определение общего белка и отдельных фракций, ферментов, липидов и их фракций, углеводов и проведение сахарной кривой, пигментов, низкомолекулярных азотистых веществ, неорганических веществ, определение свертывающей системы крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, исследование кала на я/г, соскоб на энтеробиоз, копрология, ирригоскопия, ректороманоскопия, кал на скрытую кровь, все виды рентгенологических исследований, в т.ч. ФЛГ, (за исключением КТ, МРТ), УЗИ, ФГДС, ЭКГ, ЭКГ – мониторингирование, АД – мониторингирование, исследование ФВД, общий анализ мокроты (с микроскопией), исследование мокроты на КУМ (окраска по Циль-Нильсену)).

2.2.3. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи,

оказанной в амбулаторных условиях:

2.2.3.1. Порядок 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, определен в Приложении №3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.3.2. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, определен в Приложении №4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.3.3. Порядок оплаты медицинской помощи при проведении услуг с применением экстракорпоральных и интракорпоральных методов лечения (процедур диализа) определен в Приложении № 4.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.3.4. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за законченный случай лечения заболевания в стоматологии, включённого в соответствующую стоматологическую группу заболеваний, определен в Приложении №5 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 №6 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе прерванных случаев, а

также оказания высокотехнологичной медицинской помощи определен в Приложении №7 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 №8 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).

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 определен в Приложении №9 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 №10 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

Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи приведен в Приложении №11 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» от 28 февраля 2011 года № 158н (далее – Правила ОМС), и включают в себя: 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 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.

Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 обращение в связи с заболеванием, 1 посещение с профилактическими и иными целями, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 случай лечения, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

Тарифы по ОМС применяются в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными разделом VII Программы.

3.1. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения

Средние размеры финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенные на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляют:

- при посещении с профилактической и иными целями - 881,16 рубль;
- при посещении по неотложной медицинской помощи - 271,91 рубль;
- при обращении по поводу заболевания – 2101,97 рубль.

3.1.2. Размер подушевого норматива

Подушевые нормативы финансирования, применяемые для видов

медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведены в Приложении №12 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи

Тарифы, применяемые для оплаты:

- а) посещений центров здоровья (Приложение №13);
- б) амбулаторно-консультативного приема (Приложение №14)
- в) посещений с профилактической и/или иными целями, в том числе разовых посещений по поводу заболевания, связанных с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов в соответствии с действующим законодательством (Приложение №15);
- г) обращений по поводу заболевания (Приложение №16);
- д) неотложной помощи (Приложение №17);
- е) медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» (Приложение №18);
- ж) диагностических услуг: компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии, сцинтиграфии (Приложение №19);
- з) законченных случаев проведения диспансеризации и профилактических осмотров для отдельных категорий населения (Приложения №20-22);
- и) медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница». (Приложение №23);
- к) перечень стоматологических групп по заболеванию и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости СТГ по стоматологической помощи, приведены в Приложении №24 к

настоящему Тарифному соглашению;

л) базовые ставки на оплату стоматологической помощи по обязательному медицинскому страхованию по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую стоматологическую группу заболеваний (СТГ), приведены в Приложении №25 к настоящему Тарифному соглашению.

м) на оплату отдельных услуг по стоматологической помощи по обязательному медицинскому страхованию, приведены в Приложении №26 к настоящему Тарифному соглашению;

3.1.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающего различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста, независимо от вида медицинской помощи.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль – один год мужчины/женщины;

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины;

восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет и старше мужчины;

пятьдесят пять лет и старше женщины.

Затем на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи (по всем видам медицинской помощи), оказанной застрахованным лицам за

определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования устанавливаются Тарифным соглашением (Приложение № 41 к Тарифному соглашению).

3.1.5. Интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива

Интегрированные коэффициенты, учитывающие достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой», разветвленности сети, наличие и количество структурных подразделений, плотность и особенности расселения прикрепленного населения, уровень расходов на содержание имущества медицинских организаций, а также транспортную доступность, приведены в Приложении №27 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет – 4 094,4 рубля.

3.2.2. Перечень КСГ и коэффициентов относительной затратоемкости

Перечень клинико-статистических групп и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ по стационарной помощи, приведены в Приложении №28 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.3. Размер средней стоимости КСГ

Базовые ставки на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), приведены в Приложении №29 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ

Установленные коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы в 2017 году, приведены в Приложении №30 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.5. 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 круглосуточного стационара, приведены в Приложении №31 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями,

участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет 716,95 рублей.

3.3.2. Перечень КСГ и коэффициентов относительной затратоемкости

Перечень клинико-статистических групп и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ по медицинской помощи в условиях дневного стационара, приведены в Приложении №32 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.3. Размер средней стоимости КСГ

Базовые ставки на оплату медицинской помощи в условиях дневных стационаров по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), приведены в Приложении №33 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.4. Тарифы на оплату услуг с применением экстракорпоральных и интракорпоральных методов лечения.

Тарифы на оплату медицинских услуг при проведении услуг с применением экстракорпоральных и интракорпоральных методов лечения приведены в Приложении №34 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4. Размер и структура тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы

ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет 543,42 рубля.

3.4.2. Размер подушевого норматива финансирования СМП

Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, приведен в Приложении №35 к настоящему тарифному соглашению.

3.4.3. Тарифы на оплату единицы объема СМП

Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи в рамках подушевого финансирования приведены в Приложении №37 к настоящему тарифному соглашению.

Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи вне подушевого финансирования приведены в Приложении №36 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования СМП

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающего различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста, независимо от вида медицинской помощи.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль – один год мужчины/женщины

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;
восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;
шестьдесят лет и старше мужчины;
пятьдесят пять лет и старше женщины.

Затем на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи (по всем видам медицинской помощи), оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи устанавливаются Тарифным соглашением (Приложение № 42 к Тарифному соглашению).

3.4.5. Интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

Поправочные коэффициенты, учитывающие особенности затрат станции (структурного подразделения) скорой медицинской помощи, приведены в Приложении №38 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

4.1. Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо

оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно Приложению №39 к настоящему Тарифному соглашению.

4.2. Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации) согласно Приложению №40 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение действует с 01.01.2017 года по 31.12.2017 года.

5.2. Настоящее Тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в определенной его части по инициативе одной из сторон. Рассмотрение мотивированных предложений осуществляется Комиссией. Изменения и дополнения в настоящее Тарифное соглашение оформляются дополнительным соглашением.

5.3. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2017 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

5.4. Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в министерстве, второй – в ТФОМС Нижегородской области. Для других Сторон Тарифного соглашения предоставляются копии настоящего Тарифного соглашения, заверенные ТФОМС Нижегородской области.

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

Юридические адреса Сторон:

Министерство здравоохранения Нижегородской области:

603082, ул. Нестерова, дом 7, Нижний Новгород

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области:

603006, г. Н.Новгород, пл. Свободы, дом 6

Нижегородский филиал ОАО «РОСНО-МС»:

603000, г. Нижний Новгород, ул. Славянская, дом 8

Филиал ООО «РГС-Медицина» в Нижегородской области:

603000, г. Нижний Новгород, улица Белинского, дом 32

Нижегородская региональная общественная организация
«Врачебная палата Нижегородской области»:

603950, г. Нижний Новгород, Шоссе Московское, дом 144

Нижегородская региональная общественная организация
«Главный врач»:

603000, г. Нижний Новгород, ул. Вокзальная, дом 20/2

Нижегородская областная организация профсоюза
работников здравоохранения Российской Федерации:

603057, г. Н.Новгород, пр. Гагарина, дом 29, офис 414

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 7 Ленинского
района г. Нижнего Новгорода имени Е.Л. Березова»:

603011, г. Н.Новгород, ул. Октябрьской революции, дом 66а

ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая
больница им. Н.А. Семашко»:

603126, г.Н.Новгород, ул. Родионова, дом 190

Подписи Сторон:

от министерства здравоохранения Нижегородской области:

Министр _____ Г.Н.Кузнецов

Первый заместитель министра _____ И.А.Переслегина

от Территориального фонда обязательного медицинского страхования

Нижегородской области:

Директор _____ С.А.Малышева

Начальник отдела организации
обязательного медицинского
страхования _____ А.Н.Мальханова

от страховых медицинских организаций:

Директор Нижегородского
филиала ОАО «РОСНО-МС» _____ В.А.Емелина

Директор филиала ООО «РГС-
Медицина» в Нижегородской
области _____ Т.В.Платонова

от медицинских профессиональных некоммерческих ассоциаций:

Председатель Нижегородской
региональной общественной
организации «Врачебная палата
Нижегородской области» _____ О.В.Железин

Председатель Нижегородской
региональной общественной
организации «Главный врач» _____ Н.Н.Сухачева

от Нижегородской областной организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации:

Председатель _____ Л.В.Лукичева

Заведующая социально-
экономическим отделом _____ Л.П.Савельева

от медицинских организаций:

Главный врач ГБУЗ НО «Городская
клиническая больница №7
Ленинского района г.Нижнего
Новгорода имени Е.Л.Березова» _____ Г.И.Гомозов

Заместитель главного врача ГБУЗ
НО «Нижегородская областная
клиническая больница
им.Н.А.Семашко» _____ И.Г.Сорокин