

**Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи  
по Территориальной программе обязательного медицинского  
страхования Республики Татарстан на 2015 год**

г. Казань

от «30» декабря 2014 г.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан в лице министра здравоохранения Республики Татарстан Вафина Аделя Юнусовича,

государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (ТФОМС Республики Татарстан) в лице директора Мифтаховой Алсу Мансуровны,

Татарстанская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Хуснутдиновой Гульнар Равильевны,

страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования:

ООО «Страховое медицинское общество «Спасение» в лице генерального директора Глушкова Геннадия Николаевича,

ООО «Страховая компания «АК БАРС-Мед» в лице генерального директора Гарифуллина Линара Рустамовича,

ООО «Страховая медицинская организация «Чулпан-Мед» в лице исполнительного директора Калимуллина Анвара Рамилевича,

некоммерческое партнерство «Ассоциация медицинских работников Республики Татарстан» в лице представителя Шарафутдинова Ильнура Хасановича,

именуемые в дальнейшем «Сторонами», заключили Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2015 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

**Раздел I. Общие положения**

1. Нормативными правовыми актами, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось настоящее Тарифное соглашение, являются Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н, Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230, Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 №200, разъяснения Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2014 №11-9/10/2-9388 «О



формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденная постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 25.12.2014 №1029.

2. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер тарифов на медицинские услуги в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи на 2015 год, а также способы оплаты медицинской помощи при реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2015 год (далее - Территориальная программа ОМС).

3. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:  
размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи (раздел II Тарифного соглашения);

способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС (раздел III Тарифного соглашения);

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 (раздел IV Тарифного соглашения).

4. Тарифное соглашение регулирует правоотношения Сторон и медицинских организаций, возникающие при реализации Территориальной программы ОМС, и заключено на основании решения Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (далее - Комиссия), состав которой утвержден распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 17 ноября 2014 г. № 2315-р.

## 5. Основные понятия и определения

5.1. **Медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

5.2. **Прикрепленное застрахованное лицо** - лицо, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Татарстан согласно данным регионального сегмента единого регистра застрахованных, зарегистрированное в порядке, установленном Регламентом учета регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере



ОМС на территории Республики Татарстан, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 10.07.2013 N1259, в программном средстве "Регистр прикрепленного населения" медицинской организацией на основании заявления о выборе медицинской организации или (до подачи заявления о выборе медицинской организации) проживающего на территории обслуживания медицинской организации.

**5.3. Подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях** - объем средств на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в месяц.

**5.4. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации** (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, и скорой медицинской помощи, оказываемой при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования) – объем средств на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованного гражданина, обслуживаемого станцией (отделением) скорой медицинской помощи, в месяц.

**5.5. Поправочный коэффициент для учреждений и отделений, расположенных в сельской местности** - коэффициент, учитывающий выплаты компенсационного характера специалистам за работу в сельской местности, утвержденный к размеру должностного оклада первого разряда четырехразрядной тарифной сетки работников государственных учреждений здравоохранения.

**5.6. Поправочный коэффициент ФАП** – коэффициент, учитывающий наличие фельдшерско - акушерских пунктов в составе медицинской организации.

**5.7. Медицинская услуга** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

**5.8. Стандарт медицинской помощи** – документ, утвержденный Минздравом России, включающий усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
- 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 4) компонентов крови;
- 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечеб-



ного питания;

б) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

**5.9. Посещение** – единица объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, контакт пациента с врачом или средним медицинским работником, ведущими амбулаторный (в том числе консультативный) прием, в поликлинике (врачебной амбулатории), диспансере, женской консультации, ФАП при посещении пациентом врача (среднего медицинского работника) или посещении пациента врачом (средним медицинским работником) на дому. В указанное посещение включаются осмотр пациента, врачебные, сестринские медицинские вмешательства и медицинские услуги, с последующей записью об их выполнении в медицинской карте амбулаторного больного в установленном порядке.

**5.10. Посещение в приемном отделении, в приемно-диагностическом отделении** стационара – законченный случай оказания медицинской помощи больному в неотложной форме, не госпитализированному в данный стационар.

В указанное посещение включаются осмотр врача, проведение диагностических исследований и лечебных мероприятий, при необходимости, консультации других врачей – специалистов.

Учет посещений производится по форме №001/у «Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации».

**5.11. Обращение** – единица объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, включающая законченный случай медицинской помощи по поводу лечения заболевания (проведения медицинских услуг), при кратности не менее двух посещений к врачу одной врачебной специальности по поводу одного и того же основного заболевания. Исход обращения (результат обращения) отмечается в Талоне амбулаторного пациента только при последнем посещении больного.

**5.12. Условная единица трудоемкости (УЕТ)** – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса при наложении одной пломбы (I класс по Блеку).

**5.13. Законченный случай лечения** – единица объема оказания медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара, включающая совокупность предоставленных пациенту в регламентируемые сроки медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи (клиническими рекомендациями (протоколами лечения)) по основному заболеванию в случае достижения (не достижения) клинического результата от момента поступления до выписки (смерти), подтвержденных первичной медицинской документацией.

**5.16. Клинико-статистические группы** (далее – КСГ) - группы заболеваний, объединенные в клинически однородные и сходные по средней ресурсоемкости стационарные случаи.

**5.17. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка)** в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – средний объем финансового обеспечения на одного пациента при



способе оплате медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе КСГ заболеваний.

**5.18. Коэффициент относительной затратоемкости по КСГ** – коэффициент, характеризующий клинико-статистическую группу как отношение ее затратоемкости относительно базовой ставки при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

**5.19. Коэффициент уровня** – коэффициент, отражающий разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличие у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи.

**5.20. Коэффициент сложности курации пациентов** – коэффициент, учитывающий различие затрат на оказание медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в зависимости от сложности лечения пациента, связанной с возрастом, наличия тяжелой сочетанной патологии, проведения парных и сочетанных хирургических вмешательств и т.д.

**5.22. Управленческий коэффициент** – коэффициент, вводимый с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в конкретную КСГ, или стимулированию медицинской организации к внедрению конкретных методов хирургического лечения, при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, оплачиваемой по способу оплаты на основе КСГ.

**5.23. Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП** – норматив финансовых затрат законченного случая лечения в стационарных условиях и условиях дневных стационаров в расчете на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. Норматив финансовых затрат при оказании ВМП учитывает финансовые затраты в расчете на 1 койко-день, среднюю длительность пребывания пациента в стационаре и дополнительные расходы на дорогостоящие медикаменты и расходные материалы с учетом частоты их применения и стоимости курса лечения.

## **Раздел II. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

1. Тарифы на оплату медицинской помощи (далее – тарифы) рассчитываются на единицу объема предоставления медицинской помощи в соответствии с установленным плановым заданием по Территориальной программе ОМС.

2. Тарифы за счет средств ОМС рассчитываются в соответствии с разделом XI «Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному



медицинскому страхованию» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанными Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования «Способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ)» (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 №11-9/10/2-9454).

3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, тарифы на оплату единиц объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий её оказания, размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в амбулаторных условиях по подушевому нормативу, размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости, размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, поправочные коэффициенты оплаты КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, тарифы, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения, тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением ВМП, тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи, тарифы на оплату медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях приведены в приложении I к Тарифному соглашению.

### **Раздел III. Способы оплаты медицинской помощи**

1. Оплата медицинской помощи, оказанной по Территориальной программе ОМС, производится в соответствии со способами оплаты, установленными постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

2. Оплата производится страховыми медицинскими организациями в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор), заключаемым с медицинскими организациями, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Татарстан, на 2015 год и которым решением Комиссии



установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

3. Оплата осуществляется в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, утвержденными в разрезе условий её оказания (далее – способы оплаты), в пределах стоимости установленного планового задания с учетом финансовых санкций. Порядок применения способов оплаты приведен в приложении II к Тарифному соглашению.

#### **Раздел IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, производится по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводимых в соответствии с порядком, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

В случае невыполнения медицинской организацией объема и качества медицинской помощи или отказа в оказании медицинской помощи застрахованному гражданину медицинская организация несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями заключенных договоров.

Перечень обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также 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 приведен в приложении 3 к Тарифному соглашению.

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию могут учитываться данные медицинских информационных систем (в том числе электронные медицинские карты, протоколы диагностических исследований из архивной электронной базы).

#### **Раздел V. Заключительные положения**

1. Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по Территориальной программе ОМС Республики Татарстан.

2. Медицинские организации осуществляют расходование средств, предусмотренных Тарифным соглашением, в соответствии с утвержденным в установленном порядке финансово-хозяйственным планом в пределах объемов финансовых поступлений по ОМС.



3. Медицинские организации осуществляют расходование средств ОМС, указанных в пунктах 5.4.-5.8., 5.9.2., 5.10., 5.11., 5.12.5., 5.12.8., 5.12.9. раздела II приложения 1 к Тарифному соглашению, только при условии обеспечения нормативных затрат, необходимых для оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья граждан.

4. Расходование средств ОМС по статьям бюджетной классификации, в том числе выплаты стимулирующего характера за качество выполняемых работ, премиальные и иные поощрительные выплаты, осуществляется в пределах фактического дохода медицинской организации с соблюдением согласованной Министерством здравоохранения Республики Татарстан и ТФОМС Республики Татарстан структуры расходов медицинской организации.

5. За использование медицинской организацией средств на цели, не предусмотренные Тарифным соглашением, медицинская организация несет ответственность в соответствии с ч. 9 ст. 39 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

При выявлении фактов нецелевого использования медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования сумма средств, израсходованных не по целевому назначению, возвращается медицинской организацией в бюджет ТФОМС Республики Татарстан в течение 10 рабочих дней со дня предъявления ТФОМС Республики Татарстан соответствующего требования (содержится в Акте проверки) и уплачивается штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств. За каждый день просрочки уплачивается пеня в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Медицинские организации в соответствии с настоящим Тарифным соглашением обязаны обеспечить предоставление сведений об оказанной медицинской помощи в ТФОМС Республики Татарстан и страховые медицинские организации посредством Программного комплекса персонифицированного учета медицинской помощи ТФОМС Республики Татарстан.

ТФОМС Республики Татарстан и страховые медицинские организации обязаны обеспечить прием сведений об оказанной медицинской помощи по Территориальной программе ОМС в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

7. Все приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

8. Настоящее Тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в определенной его части по инициативе одной из Сторон.

Инициатор внесения изменений или дополнений в настоящее Тарифное соглашение направляет мотивированное предложение в Комиссию не позднее, чем за 10 рабочих дней до предлагаемого внесения изменений.

Рассмотрение мотивированных предложений осуществляется Комиссией. Изменения и дополнения в настоящее Тарифное соглашение оформляются дополнительным Тарифным соглашением.

9. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие



дополнительные расходы в течение 2015 года, в том числе индексация тарифов на оплату медицинской помощи, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

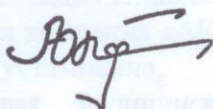
10. Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в Министерстве здравоохранения Республики Татарстан, второй – в ТФОМС Республики Татарстан. Для других Сторон Тарифного соглашения предоставляются копии Тарифного соглашения, заверенные ТФОМС Республики Татарстан.

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

12. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2015 года.

Тарифное соглашение от 10 января 2014 года признать утратившим силу.

Вафин  
Адель Юнусович



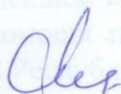
Министр здравоохранения Республики Татарстан, председатель комиссии

Мифтахова  
Алсу Мансуровна



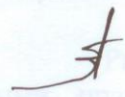
Директор государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»

Глушков  
Геннадий Николаевич



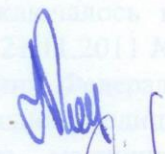
Генеральный директор ООО «Страхование медицинское общество «Спасение»

Калимуллин  
Анвар Рамилевич



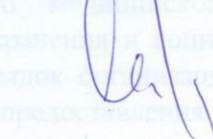
Исполнительный директор ООО «Страховая медицинская организация «Чулпан-Мед»

Гарифуллин  
Линар Рустамович



Генеральный директор ООО «Страховая компания «АК БАРС-Мед»

Шарафутдинов  
Ильнур Хасанович



Представитель некоммерческого партнерства «Ассоциация медицинских работников Республики Татарстан»

Хуснутдинова  
Гульнар Равильевна



Председатель Татарстанской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации