

Тарифное соглашение на 2013 год

30 января 2013 года

г. Владимир

Департамент здравоохранения администрации области, в лице директора Безрукова В.А., Территориальный фонд ОМС Владимирской области, в лице директора Ефимовой О.М., Областная организация профсоюза работников здравоохранения, в лице председателя Солохиной С.Г., страховые медицинские организации, функционирующие в системе ОМС Владимирской области, в лице представителя, исполнительного директора филиала ЗАО «Капитал Медицинское страхование» в г. Владимире Антоновой Е.Е., руководствуясь Федеральным законом от 29.11.2010 года № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 года № 158н, заключили соглашение о нижеследующем:

1. Тарифы на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования, именуемые в дальнейшем “тарифы”, представляют собой отдельную группу ценовых показателей в денежных суммах, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан. Тарифы являются контролируруемыми ценами, подлежащими регулированию через тарифное соглашение.

Тарифы используются для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках территориальной программы ОМС в соответствии с утвержденными способами оплаты.

В тарифы на медицинские услуги не включаются виды и группы расходов медицинских организаций, которые финансируются или возмещаются из других источников, например, из бюджетов разных уровней, из доходов от предпринимательской деятельности и др.

Медицинскими организациями являются государственные бюджетные учреждения здравоохранения Владимирской области (далее - учреждения здравоохранения) и медицинские организации иной организационно-правовой формы, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Владимирской области.

2.1. Тарифы на медицинские услуги включают в себя:

пять видов расходов

- заработную плату (в том числе денежные выплаты);
- начисления на оплату труда,
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, приобретение медицинского инструментария сроком службы до 1 года; реактивов и химикатов, прочих материальных запасов медицинского назначения, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);
- приобретение продуктов питания для больных, расходы на организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);
- приобретение мягкого инвентаря.

расходы на содержание

- прочие выплаты;
- услуги связи;
- транспортные услуги;
- коммунальные услуги;
- арендную плату за пользование имуществом;
- работы и услуги по содержанию имущества;
- оплату программного обеспечения и прочих услуг;
- социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;

- прочие расходы;
- расходы на приобретение оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу;
- медицинского инструментария, сроком службы более года;
- прочие материальные запасы немедицинского назначения.

2.2. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях, стационарных условиях и условиях дневного стационара рассчитываются медицинскими организациями по пяти видам расходов с учетом доведенного задания по объемам медицинской помощи.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее - фонд ОМС) осуществляет контроль за соблюдением медицинскими организациями установленного порядка расчета тарифов на медицинские услуги.

Тарифы для оплаты скорой медицинской помощи рассчитываются фондом ОМС исходя из объема средств, предусмотренных на указанные цели в территориальной программе ОМС.

2.3. Объем расходов на содержание учреждений здравоохранения, в том числе на скорую медицинскую помощь, устанавливаются комиссией по разработке территориальной программы ОМС, исходя из средств на указанные цели, предусмотренные в бюджете фонда ОМС, и с учетом потребности медицинских организаций. Распределение расходов на содержание по условиям оказания медицинской помощи (амбулаторно-поликлинических, стационарных, дневного стационара) осуществляют государственные учреждения здравоохранения.

2.4. Расходы на содержание прочих медицинских организаций (кроме учреждений здравоохранения) (P_c) определяются в разрезе условий оказания медицинской помощи по формуле:

$$P_c = C_{мп} \times U_{двр}, \text{ где}$$

$C_{мп}$ - задание в стоимостном выражении на 2013 год по пяти видам расходов;

$U_{двр}$ - удельный вес расходов на содержание в разрезе условий оказания медицинской помощи, сложившийся в стоимости заданий по всем статьям расходов у государственных учреждений здравоохранения.

2.5. Медицинские организации распределяют (перераспределяют) годовое задание по предоставлению медицинской помощи за счет средств ОМС, в части объемов медицинской помощи (включая количество пролеченных больных) и стоимости:

- по месяцам с учетом сезонной заболеваемости, уровня обращаемости населения и др. с выделением медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным во Владимирской области, и гражданам, застрахованным в других субъектах РФ (указанное распределение предоставляется в фонд ОМС);

- по страховым медицинским организациям (с поквартальным распределением) - в части медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным во Владимирской области (указанное распределение задания предоставляется в страховые медицинские организации и фонд ОМС).

2.6. Перечень документов, представляемых медицинской организацией с сопроводительным письмом в фонд ОМС для проверки порядка расчета тарифов:

- задание по предоставлению медицинской помощи за счет средств ОМС (изменения, внесенные в задание) по объемам, установленное и доведенное медицинской организации департаментом здравоохранения;

- расчеты численности должностей по штатным нормативам с приложениями и расшифровками, произведенные медицинской организацией в соответствии с порядком, изложенным в соответствии с настоящим тарифным соглашением, подписанные руководителем медицинской организации;

- письменное разрешение департамента здравоохранения на введение в расчет тарифов на медицинские услуги сверхштатных должностей;

- справка о плановых показателях для расчета числа должностей медицинского персонала медицинской организации, подписанная департаментом здравоохранения;

- справка о плановых показателях для расчета числа должностей административно-управленческого и прочего персонала медицинской организации, подписанная руководителем медицинской организации;

- справка об уровне дополнительной зарплаты, сложившийся за предыдущий период, подписанная руководителем медицинской организации и главным бухгалтером;
- справка об источниках формирования должностного оклада руководителя медицинской организации (заместители руководителя, главный бухгалтер и др.), подписанная руководителем медицинской организации и главным бухгалтером;
- расчеты тарифов на медицинские услуги, произведенные в соответствии с порядком, изложенным в настоящем тарифном соглашении (далее – ТС).

В случае, если в фонд ОМС представляются ксерокопии документов, последние заверяются подписью руководителя медицинской организации и печатью.

Медицинские организации несут ответственность за правильность осуществленных математических действий при расчете тарифов на медицинские услуги, а также за достоверность используемых для расчета тарифов показателей.

2.7. Сроки установления тарифов на медицинские услуги:

с 01 числа текущего месяца – при представлении документов, указанных в п. 2.6, до 15 числа текущего месяца;

с 01 числа следующего месяца – при представлении документов, указанных в п. 2.6., после 15 числа текущего месяца.

Тарифы на медицинские услуги на профильные отделения стационара, дневные стационары всех типов, амбулаторный прием врачей – специалистов, открывшиеся в начале года, рассчитываются в соответствии с порядком, предусмотренном настоящим тарифным соглашением, и устанавливаются с 01 числа месяца, в котором начато их функционирование.

2.8. В системе обязательного медицинского страхования Владимирской области применяются:

1) тарифы:

- на один койко-день пребывания больного в круглосуточном стационаре (в том числе при госпитализации матери (родственников) с больным ребенком);
- на законченный случай стационарного лечения исходя из:
 - а) длительности лечения в профильном отделении стационара, установленной медицинской организацией в задании по реализации территориальной программы ОМС (в том числе при госпитализации матери (родственников) с больным ребенком);
 - б) длительности лечения по нозологическим формам, утвержденной совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области «О нормативных показателях, используемых для расчета тарифа на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования на 2013 год» (в том числе при госпитализации матери (родственников) с больным ребенком);
- на один пациенто-день в дневных стационарах всех типов (в больницах, амбулаторно-поликлинических учреждениях и на дому);
- на законченный случай лечения в дневных стационарах всех типов (в больницах, амбулаторно-поликлинических учреждениях и на дому);
- на 1 посещение с профилактической целью;
- на 1 посещение в связи с оказанием неотложной помощи;
- на 1 разовое посещение по поводу заболевания (в том числе консультативное);
- на 1 обращение по поводу заболевания;
- на 1 посещение Центра здоровья с целью комплексного обследования;
- на 1 посещение Центра здоровья с целью динамического наблюдения;
- на 1 посещение с целью проведения сеанса амбулаторного диализа;
- на 1 посещение фельдшера самостоятельной врачебной амбулатории (на период временного отсутствия единственного врача).

3. Исходными данными и нормативными документами, используемыми для расчета нормативных финансовых затрат, включаемых в тарифы на медицинские услуги на единицу объема медицинской помощи являются:

3.1. По расходам на оплату труда:

3.1.1. для включения в тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторно-поликлинических условиях, стационарных условиях, условиях дневного стационара:

Фонд должностных окладов и компенсационных выплат (фонд основной заработной платы) медицинской организации, для формирования которого используются следующие расчетные показатели:

- средний должностной оклад по категориям работников в разрезе структурных подразделений, который определяется путем деления фонда должностных окладов определенной категории работников структурного подразделения в соответствии с тарификационной ведомостью на штатную численность данной категории работников структурного подразделения;

Должностной оклад руководителей учреждений, а также работников, должностной оклад которых рассчитывается исходя из должностного оклада руководителя (заместители руководителя, главный бухгалтер и др.), включается в тарифы на медицинские услуги в доле, сформированной за счет средств ОМС в соответствии с порядком исчисления средней заработной платы для определения размера должностного оклада руководителя учреждений, утвержденным постановлением Губернатора Владимирской области для государственных учреждений здравоохранения.

- средний размер надбавок компенсационного характера по категориям работников в разрезе структурных подразделений, которая определяется путем деления фонда компенсационных выплат определенной категории работников структурного подразделения в соответствии с тарификационной ведомостью на штатную численность данной категории работников структурного подразделения;

Надбавки компенсационного характера руководителей медицинских организаций и работников, должностной оклад которых рассчитывается исходя из должностного оклада руководителя (заместители руководителя, главный бухгалтер и др.), включаются в тарифы на медицинские услуги, в доле, приходящейся на должностные оклады, сформированные за счет средств ОМС.

- нормативная численность должностей работников, которая определяется в соответствии со штатными нормативами и типовыми штатами, утвержденными Министерством здравоохранения;

Перечень приказов Министерства здравоохранения, используемых медицинскими организациями при расчете численности по штатным нормативам для расчета тарифов на медицинские услуги, утверждается совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС.

Сверхнормативные должности учитываются при расчете расходов по оплате труда, включаемых в тарифы, на основании письменного разрешения департамента здравоохранения.

В отдельных случаях порядок расчета численности должностей по штатным нормативам определяет департамент здравоохранения по согласованию с фондом ОМС.

Численность должностей по штатным нормативам рассчитывается медицинской организацией с учетом объема финансовых ресурсов, предусмотренных на оплату труда в доведенном задании по предоставлению медицинской помощи за счет средств ОМС (рассчитывается как разница между стоимостью задания по реализации территориальной программы ОМС по соответствующему виду помощи (без учета денежных выплат и дополнительных видов расходов) и суммой расходов по материальным статьям, определенной исходя из нормативов на единицу объемов, установленных совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС).

Замена должностей по штатным нормативам допускается в случае наличия врача - специалиста, ведущего амбулаторный прием, должность которого приказами Министерства здравоохранения, используемыми для расчета штатных нормативов, не предусмотрена. Замена производится из числа должностей по специальностям ОМС и в пределах фонда основной заработной платы работников, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС.

Размеры должностных окладов и компенсационных выплат для включения в тарифы на медицинские услуги, действующие в системе ОМС, применяются на уровне, установленном постановлением Губернатора области для государственных учреждений здравоохранения или соответствующих ведомственных нормативных документов, но не выше установленных постановлением Губернатора области.

- нормативы эффективного рабочего времени врачей-специалистов, ведущих амбулаторный прием, норматив эффективного рабочего времени диализного места; нормативы времени, затрачиваемые врачами-специалистами на посещение с профилактической целью, на посещение в связи с оказанием неотложной помощи, на разовое посещение по поводу заболевания (в том числе консультативное), на обращение по поводу заболевания, в стационаре на дому, число дней функционирования коек в году в дневном стационаре больничного учреждения и дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения, утвержденные совместным приказом департамента здравоохранения области и фонда ОМС;

- число дней функционирования коек в году в разрезе профильных отделений стационара - в соответствии с установленным заданием по предоставлению медицинской помощи за счет средств ОМС.

Расходы на оплату труда включают в себя:

- основную заработную плату (должностной оклад с надбавками компенсационного характера и оплата ежегодного отпуска) (далее – основная заработная плата);
- дополнительную зарплату (выплаты компенсационного характера);
- выплаты стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

по амбулаторно-поликлинической помощи:

- участковым врачам-терапевтам, участковым врачам-педиатрам, врачам общей (семейной) практики, медицинским сестрам, работающим с названными врачами; медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам-специалистам и среднему медицинскому персоналу поликлиник (повышение доступности амбулаторной помощи);

по стационару:

медицинскому персоналу отделений стационара (внедрение стандартов);

по скорой медицинской помощи:

врачам, фельдшерам, медицинским сестрам и водителям скорой медицинской помощи.

К дополнительной зарплате относятся:

- оплата ночных часов, оплата за работу в праздничные и выходные дни;
- доплаты за исполнение обязанностей временно отсутствующего работника (замещение);
- оплата дежурств врачей для оказания медицинской помощи в вечернее и ночное время без занятия штатной должности (при условии, если в нормативную численность работников данного учреждения не включены должности врачей для оказания экстренной помощи).

3.1.2. для включения в тарифы на скорую медицинскую помощь:

Расходы по заработной плате, определенные исходя из объема расходов на указанные цели, предусмотренных в областном бюджете на 2012 год, скорректированных с учетом повышения заработной платы на 6%, за вычетом расходов по зарплате скорой медицинской помощи, предусмотренных в областном бюджете на 2013 год.

3.2. По начислениям на фонд оплаты труда – законодательно установленный процент от фонда оплаты труда.

3.3. По расходам на лекарственные средства, расходные материалы, приобретение медицинского инструментария сроком службы до 1 года; реактивов и химикатов, прочих материальных запасов медицинского назначения, на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);

- базовый норматив расходов на лекарственные средства, расходные материалы и материальные запасы медицинского назначения, утвержденный совместным приказом департамента здравоохранения области и фонда ОМС;

- относительные коэффициенты (дифференциация) нормативов расходов на лекарственные средства, расходные материалы и материальные запасы медицинского назначения на 1 койко-день по профилям отделений и уровням медицинских организаций, на 1 койко-день по нозологическим формам, на 1 пациенто-день по дневным стационарам всех типов по уровням медицинских организаций, на посещение с профилактической целью, на посещение в связи с оказанием неотложной помощи, на разовое посещение по поводу заболевания (в том

числе консультативное), на обращение по поводу заболевания, на 1 вызов скорой медицинской помощи, утвержденные совместным приказом департамента здравоохранения области и фонда ОМС.

3.4. По расходам на питание:

- базовый норматив расходов на питание, утвержденный совместным приказом департамента здравоохранения области и фонда ОМС;

- относительные коэффициенты (дифференциация) нормативов расходов на питание на 1 койко-день стационара в разрезе медицинских организаций, утвержденные совместным приказом департамента здравоохранения области и фонда ОМС.

3.5. По расходам на мягкий инвентарь:

- базовый норматив расходов на мягкий инвентарь, утвержденный совместным приказом департамента здравоохранения области и фонда ОМС;

- относительные коэффициенты нормативов расходов на мягкий инвентарь на 1 койко-день по профильным отделениям, на 1 пациенто-день по дневным стационарам всех типов, на посещение с профилактической целью, на посещение в связи с оказанием неотложной помощи, на разовое посещение по поводу заболевания (в том числе консультативное), на обращение по поводу заболевания, на 1 вызов скорой медицинской помощи, утвержденные совместным приказом департамента здравоохранения области и фонда ОМС.

3.6. По денежным выплатам:

Норматив по денежным выплатам (**Ндв**) на единицу объема в разрезе условий оказания медицинской помощи определяется по следующей формуле:

$$\text{Ндв} = \text{Т} * (\text{Кдв} - 1), \text{ где}$$

Т – тариф, сформированный по пяти видам расходов (заработная плата, начисления на оплату труда, медикаменты, питание, мягкий инвентарь);

Кдв. – коэффициент на денежные выплаты.

Коэффициент на осуществление денежных выплат (**Кдв**) рассчитывается в разрезе условий оказания медицинской помощи по формуле:

$$\text{Кдв} = \frac{(\text{Дв} \times 1,1) + \text{Смп}}{\text{Смп}}, \text{ где}$$

Смп

Дв – расчетная сумма денежных выплат, определенная комиссией по разработке территориальной программы ОМС для медицинской организации на месяц;

1,1 – повышающий коэффициент, позволяющий скомпенсировать потери средств на денежные выплаты в результате проведения всех видов экспертиз и обеспечить выплаты вновь принятым работникам;

Смп – стоимость медицинской помощи по пяти видам расходов за месяц по сведениям, полученным от медицинских организаций.

3.7. По дополнительным видам расходов:

Норматив по дополнительным видам расходов (**Ндвр**) на единицу объема в разрезе условий оказания медицинской помощи определяется по следующей формуле:

$$\text{Ндвр} = \text{Т} * (\text{Кдвр} - 1), \text{ где}$$

Т – тариф, сформированный по пяти видам расходов (заработная плата, начисления на оплату труда, медикаменты, питание, мягкий инвентарь);

Кдвр. – коэффициент на дополнительные виды расходов.

Коэффициент на дополнительные виды расходов (**Кдвр.**) определяется в разрезе условий оказания медицинской помощи по следующей формуле:

$$\text{Кдвр} = \frac{(\text{Сумп} + \text{ДВР})}{\text{Сумп}}, \text{ где}$$

С сумп – умноженная на коэффициент денежных выплат стоимость медицинской помощи по пяти видам расходов;

ДВР – 1/12 суммы средств на дополнительные виды расходов на год, определенной для медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

4. Нормативные финансовые затраты, включаемые в тарифы на медицинские услуги рассчитываются следующим образом:

4.1. Нормативные финансовые затраты по оплате труда (Зт)

4.1.1. Для включения в тарифы на посещение с профилактической целью, на посещение в

жизни;

Одп – основная зарплата другого персонала Центра здоровья (зав. центром и др.);

Ддп – дополнительная зарплата другого персонала Центра здоровья;

Общеучр. – основная зарплата общеучрежденческого персонала (общеполиклинического и административно-управленческого и прочего персонала), в части отнесенной на структурное подразделение учреждения, для которого рассчитывается тариф;

Добщеучр. – дополнительная зарплата общеучрежденческого персонала в части, отнесенной на структурное подразделение учреждения, для которого рассчитывается тариф;

Ксв – коэффициент увеличения расходов по оплате труда на выплаты стимулирующего характера;

В (эф) – эффективный фонд рабочего времени всех врачей прошедших тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни;

t_{вр} – норматив времени на 1 посещение врача Центра здоровья, прошедшего тематическое усовершенствование по вопросам формирования здорового образа жизни и медицинской профилактики.

4.1.3. Для включения на 1 койко – день профильного отделения стационара, на 1 пациенто-день дневного стационара больничного учреждения и дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения:

(Ооп+ Доп + Опаракл + Дпаракл + Общеучр.+ Добщеучр.)*Ксв.

$$Зг = \frac{\quad}{V}$$

Зг – сумма расходов по зарплате, включаемая в тариф на койко-день (пациенто-день);

Ооп – основная заработная плата основного персонала профильного отделения стационара (дневного стационара амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения);

Доп – дополнительная заработная плата основного персонала профильного отделения стационара (дневного стационара амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения);

Опаракл – основная зарплата работников параклинических отделений (кабинетов), в части, отнесенной на данное профильное отделение;

Дпаракл – дополнительная зарплата работников параклинических отделений, кабинетов к основной зарплате, отнесенной на данное профильное отделение;

Общеучр – основная зарплата общеучрежденческого персонала (общестационарного и административно-управленческого и прочего персоналов – для круглосуточных стационаров и дневных стационаров больничного учреждения; общеполиклинического и административно-управленческого и прочего персоналов – для дневных стационаров амбулаторно-поликлинического учреждения) в части, отнесенной на данное профильное отделение;

Добщеучр – дополнительная зарплата общеучрежденческого персонала к основной зарплате, отнесенной на данное профильное отделение;

Ксв – коэффициент увеличения расходов по оплате труда на выплаты стимулирующего характера;

V – объем медицинской помощи (в койко-днях, пациенто-днях), исходя из количества коек и числа дней функционирования профильной койки в месяц (из расчета 1/12 годового).

4.1.4. Расходы по основной зарплате основного персонала (в отдельных случаях и прочего персонала), непосредственно работающего в лечебных подразделениях (прямых исполнителей), включаются в соответствующие тарифы на медицинские услуги прямым способом.

4.1.5. Расходы по основной зарплате параклинических подразделений, а в стационаре, кроме того, отделений (палат) реанимации и интенсивной терапии, а также операционного блока, включаются в тарифы на медицинские услуги пропорционально объему предоставленных услуг за предыдущий год конкретному лечебному подразделению (при необходимости с учетом затрачиваемого времени на выполнение тех или иных услуг).

Расходы по основной зарплате персонала блоков интенсивной терапии и отделений интенсивной терапии и реанимации сосудистых отделений включаются в тарифы на

медицинские услуги соответствующих лечебных отделений (отделений неотложной кардиологии и неврологических отделений для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения), при которых они функционируют.

Расходы по основной зарплате параклинических подразделений, подлежащие отнесению на профильный кабинет, (профильное отделение) (**Опаракл**) определяются по формуле:

$$\text{Опаракл} = \text{Опаракл.отд.} * \text{Ув, где}$$

Опаракл.отд. – расходы по основной зарплате параклинического отделения всего;

Ув – удельный вес услуг, предоставленных за предыдущий год конкретному лечебному подразделению.

4.1.6. Расходы по основной зарплате общеучрежденческого персонала (общеполиклинического, общестационарного, административно-управленческого и прочего персонала) включаются в соответствующие тарифы на медицинские услуги пропорционально основной заработной плате основных работников лечебных отделений, кабинетов медицинской организации;

Коэффициент накладных расходов по основной зарплате общеучрежденческого персонала (**Кобщечр**) рассчитывается по формуле:

$$\text{Кобщечр} = \frac{\text{Общечр. всего}}{\text{Ооп}}, \text{ где}$$

Общечр.всего – расходы на основную заработную плату общеучрежденческого персонала всего;

Ооп – расходы на основную зарплату основного персонала всех лечебных отделений, кабинетов (включая бюджетные: отделения переливания крови, лаборатории СПИД, патологоанатомического отделения, платные и т. д.).

Расходы на основную зарплату общеучрежденческого персонала, подлежащие отнесению на расходы профильного кабинета, (профильного отделения) (**Общечр.**) определяются по формуле:

$$\text{Общечр} = \text{Оопк} * \text{Кобщечр, где}$$

Оопк – расходы по основной зарплате основного персонала профильного отделения (кабинета);

Кобщечр – коэффициент, накладных расходов по основной зарплате общеучрежденческого персонала.

Расходы по основной зарплате работников ДДУ и ДШО (по которым врачебные должности по штатным нормативам не предусмотрены) и ФАПов, включаются в соответствующие тарифы на медицинские услуги аналогично общеучрежденческому персоналу.

4.1.7. Дополнительная зарплата включается в тарифы в процентах к фонду основной заработной платы на уровне фактически сложившихся за предыдущий год, но не выше:

- для медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, дневных стационаров амбулаторно-поликлинического учреждения, дневных стационаров больничного учреждения, стационаров на дому, общеполиклинического, общестационарного, административно-управленческого и прочего персонала - 8%

- для медицинского персонала параклинических отделений, кабинетов - 13%

- для медицинского персонала лечебных отделений круглосуточного стационара, отделений реанимации и интенсивной терапии - 25%

По объективным причинам процент дополнительной заработной платы, предусмотренный в тарифах отдельных медицинских организаций, может превышать предельно установленные размеры. Решение по данному вопросу принимает Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Коэффициент дополнительной заработной платы определяется по формуле:

$$\text{Кдоп.} = \frac{\text{З доп.}}{\text{З осн.}}, \text{ где}$$

З доп. – дополнительная зарплата работников структурного подразделения медицинской организации (общеполиклинического, общестационарного, административно-управленческого

и прочего персонала) за год;

Зосн. – фонд основной заработной платы структурного подразделения медицинской организации (общеполиклинического, общестационарного, административно-управленческого и прочего персонала) за год;

Расходы по дополнительной зарплате (**Д**) определяются по формуле:

$$Д = Зосн. * Кдоп., \text{ где}$$

Кдоп. - коэффициент дополнительной заработной платы.

4.1.8. Расходы на выплаты стимулирующего характера (без денежных выплат) включаются в тарифы на медицинские услуги в процентах к основному (гарантированному) фонду оплаты труда (фонд должностных окладов, компенсационных выплат, включая дополнительную заработную плату).

Расходы на выплаты стимулирующего характера предусматриваются в тарифах на медицинские услуги по амбулаторно-поликлинической помощи и помощи, оказываемой в дневных стационарах всех типов, в размере, не превышающем 40,375%, в тарифах на медицинские услуги по стационарной помощи в размере, не превышающем 43%. При этом расходы на выплаты стимулирующего характера административно-управленческому и прочему персоналу в тарифах на медицинские услуги по стационарной помощи предусматриваются в размере, не превышающем 40,375%.

Решение вопроса об установлении процента выплат стимулирующего характера принимается департаментом здравоохранения совместно с Фондом с учетом уровня финансового обеспечения территориальной программы ОМС.

4.1.9. **Нормативные финансовые затраты по оплате труда (Зт)** для включения в тарифы на 1 вызов скорой медицинской помощи рассчитываются по формуле:

$$Зт = \frac{(С_{62012} \times 0,443) - С_{62013}}{V}, \text{ где}$$

$С_{62012}$ - сумма расходов на финансирование расходов по зарплате скорой медицинской помощи, предусмотренная в областном бюджете медицинской организации на 2012 год;

0,443 - коэффициент повышения заработной платы на 6% на 2013 год;

$С_{62013}$ - сумма расходов по зарплате на финансирование скорой медицинской помощи, предусмотренная в областном бюджете медицинской организации на 2013 год;

V – количество вызовов скорой медицинской помощи, доведенное медицинской организацией в задании по реализации территориальной программы ОМС на 2013 год.

4.2. **Нормативные затраты по начислениям на выплаты по оплате труда** определяются по следующей формуле:

$$Нз = Зт \times Пн : 100\%, \text{ где}$$

Зт – общая сумма расходов на заработную плату, включенная в тариф;

Пн – процент начислений на выплаты по оплате труда в соответствии с действующим законодательством.

4.3. **Нормативные затраты на лекарственные средства, расходные материалы, медицинский инструментарий, реактивы и химикаты, стекла, химпосуду, материальные запасы медицинского назначения, на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования (М))** для включения в тарифы на единицу объема медицинской помощи определяются исходя из суммы средств, предусмотренных в стоимости территориальной программы ОМС на указанные цели, объемов медицинской помощи, относительных коэффициентов нормативов расходов на медикаменты на 1 койко-день по профильным отделениям и уровням медицинских организаций, на 1 пациенто-день дневных стационаров всех типов по уровням медицинских организаций, на посещение с профилактической целью, на посещение в связи с оказанием неотложной помощи, на разовое посещение по поводу заболевания (в том числе консультативное), на обращение по поводу заболевания, на 1 вызов скорой медицинской помощи и дополнительных коэффициентов к относительным коэффициентам нормативов расходов на лекарственные средства, расходные материалы и материальные запасы медицинского назначения.

4.4. **Нормативные затраты на мягкий инвентарь и обмундирование (И)** для

включения в тарифы на единицу объема медицинской помощи определяются исходя из суммы средств, предусмотренных в стоимости территориальной программы ОМС на указанные цели, объемов медицинской помощи, с учетом относительных коэффициентов нормативов расходов на мягкий инвентарь на 1 койко-день по профильных отделений, на 1 пациенто-день дневных стационаров, на посещение с профилактической целью, на посещение в связи с оказанием неотложной помощи, на разовое посещение по поводу заболевания (в том числе консультативное), на обращение по поводу заболевания, на 1 вызов скорой медицинской помощи.

4.5. **Нормативные затраты на продукты питания» (П)** для включения в тарифы на единицу объема медицинской помощи определяются исходя из суммы средств, предусмотренных в стоимости территориальной программы ОМС на указанные цели, объемов медицинской помощи, с учетом относительных коэффициентов нормативов расходов на питание на 1 койко-день в разрезе медицинских организаций.

4.6. **Нормативные затраты на осуществление денежных выплат (ДВ)** в разрезе медицинских организаций устанавливаются комиссией по разработке территориальной программы ОМС исходя из объема расходов на указанные цели, сложившиеся в 2012 году в рамках региональной программы модернизации, программы «Здоровье», целевой областной программы.

4.7. **Нормативные затраты на дополнительные виды расходов (ДВР)** определяются в соответствии с пунктом 2.2. настоящего тарифного соглашения.

5. Тариф на 1 койко-день лечебного отделения при госпитализации матери (родственников) по уходу за больным ребенком (Тг.м.) дополнительно включает расходы на питание и мягкий инвентарь и рассчитывается по формуле:

Тг.м. = Т + И + П, где:

Т – тариф на 1 койко-день лечебного отделения, куда госпитализирован ребенок;

И - норматив расходов на мягкий инвентарь и обмундирование на 1 койко-день данного лечебного отделения;

П – норматив расходов на питание на 1 койко-день данного лечебного отделения.

6. Расчет тарифов на медицинские услуги и составление экономической характеристики задания по предоставлению медицинской помощи за счет средств ОМС производится в соответствии с таблицами (приложения №№ 1-9 к настоящему соглашению) и представляется в фонд ОМС, в электронном виде и на бумажном носителе за подписью руководителя учреждения.

Приложение № 9 «Тарифы на медицинские услуги» медицинские организации формируют в электронном формате в соответствии с Перечнем медицинских специальностей в поликлинике и профилей лечебных отделений в стационаре с указанием кодов для формирования тарифов на медицинские услуги в системе ОМС области и Правилами формирования медицинскими организациями приложения № 9 «Тарифы на медицинские услуги» к тарифному соглашению, утвержденными фондом ОМС.

7. Расчет тарифов на законченный случай лечения в стационаре, дневных стационарах всех типов осуществляется в следующем порядке.

7.1. Тариф на законченный случай лечения в стационаре:

- исходя из средней длительности лечения в профильном отделении (**Тпо**) определяется по формуле

Тпо = Тк/д * Д, где

Тк/д – тариф на один койко-день профильного отделения стационара медицинской организации, включающий норматив расходов на медикаменты, установленный совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС для соответствующего профиля отделения;

Д – средняя длительность лечения в профильном отделении медицинской организации, установленная департаментом здравоохранения в задании медицинской организации.

- исходя из длительности лечения по нозологической форме (**Тнф**) определяется по формуле

$$\text{Тнф} = \text{Тк/д} * \text{Д}, \text{ где}$$

Тк/д – тариф на один койко-день профильного отделения стационара медицинской организации, включающий норматив расходов на медикаменты, установленный совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС для нозологической формы;

Д – длительность лечения по нозологической форме, установленная совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС.

7.2. Тариф на законченный случай лечения в дневных стационарах всех типов (**Тзс**) определяется по формуле:

$$\text{Тзс} = \text{Тд} * \text{Дн}, \text{ где}$$

Тд - тариф на один пациенто-день *i* профильного отделения дневного стационара амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения, стационара на дому медицинской организации, соответствующего уровня.

Дн – нормативная длительность лечения в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения, в стационаре на дому, утвержденная совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС.

8. При необходимости увеличения тарифов на медицинские услуги Фонд вносит предложение об установлении коэффициентов индексации.

8.1. Коэффициенты (**К**) индексации тарифов могут дифференцироваться по условиям оказания медицинской помощи, по медицинским организациям (при индексации отдельных статей расходов в тарифах).

8.2. Коэффициенты индексации тарифов на медицинские услуги рассчитываются фондом ОМС или медицинской организацией по установленной методике.

Решение вопроса об индексации тарифов принимается комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

9. Использование медицинскими организациями средств, полученных за предоставленную медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС, осуществляется следующим образом:

9.1. Денежные средства, полученные медицинскими организациями за предоставленную медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС, направляются на финансирование расходов, включенных в тарифы на медицинские услуги.

9.2. Полученные медицинской организацией по выставленным счетам средства ОМС, распределяются на основные пять видов расходов, на денежные выплаты и на дополнительные виды расходов следующим образом:

Сумма средств, полученных медицинской организацией на дополнительные виды расходов в разрезе условий оказания медицинской помощи (**Сдвр**), определяется по формуле:

$$\text{Сдвр} = (\text{Спос} : \text{Кдвр}) * (\text{Кдвр} - 1), \text{ где}$$

Спос – сумма принятых к оплате и оплаченных СМО счетов по конкретному виду медицинской помощи за месяц;

Кдвр – коэффициент к тарифам на медицинские услуги на дополнительные виды расходов по виду мед помощи, установленный тарифным соглашением на месяц.

Сумма средств, полученных медицинской организацией на денежные выплаты в разрезе условий оказания медицинской помощи (**Сдв**), определяется по формуле:

$$\text{Сдв} = (\text{Спос} - \text{Сдвр}) : \text{Кдв} * (\text{Кдв} - 1), \text{ где}$$

Кдв – коэффициент к тарифам на медицинские услуги на денежные выплаты, установленный тарифным соглашением на месяц.

Сумма средств, полученных на основные пять видов расходов (**Совр**), определяется по формуле:

$$\text{Совр} = \text{Спос} - \text{Сдвр} - \text{Сдв}$$

Распределение полученных средств на основные расходы в разрезе видов производится в соответствии с их удельным весом в стоимости задания по пяти видам расходов в целом по медицинской организации согласно его экономической характеристике.

Средства ОМС, полученные медицинской организацией на выплату зарплаты, складываются из средств, определенных по удельному весу от полученных средств по пяти видам расходов, и полученных средств на денежные выплаты, в части заработной платы.

Денежные выплаты обеспечиваются всеми средствами, полученными медицинской организацией на заработную плату.

В случае индексации тарифов на медицинские услуги по пяти видам расходов, сумма средств, полученных от применения коэффициентов индексации, направляется целевым способом на статьи, виды расходов, указанные в тарифном соглашении (указанное действует на период до внесения изменений в задание по реализации территориальной программы ОМС, (в части финансовых ресурсов) и в приложение № 8 «Экономическая характеристика...».

9.3. Средства ОМС расходуются медицинскими организациями строго по целевому назначению (согласно плану финансово-хозяйственной деятельности, составленному в соответствии с порядком, определенным департаментом здравоохранения, в части средств ОМС, согласованным с фондом ОМС).

9.4. Заработная плата работников параклинических подразделений, общеучрежденческого персонала (общеполитического, общестационарного, административно-управленческого и прочего) медицинской организации, предоставляющей медицинские услуги, как за счет средств ОМС, так и за счет средств бюджета, подлежит выплате из обоих источников, в том числе из средств ОМС в том удельном весе, в котором данные расходы отнесены на специальности ОМС при расчете тарифов на медицинские услуги.

9.5. Медицинские организации резервируют средства на оплату отпускных работникам с учетом графика и продолжительности очередных отпусков.

10. Формирование тарифов на медицинские услуги негосударственных медицинских организаций может осуществляться исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по пяти видам расходов, установленных в территориальной программе ОМС на 2013 год с учетом относительных коэффициентов стоимости единицы объема по соответствующей специальности или соответствующему профилю лечебного отделения, установленные письмом Минздравсоцразвития РФ от 22.12.2011 года № 20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» (с применением относительных коэффициентов для профильных отделений стационара по «муниципальному району»).

11. Способы оплаты медицинской помощи и порядок их применения при оплате медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования Владимирской области, регламентируется Положением, являющимся приложением № 10 к настоящему тарифному соглашению.

12. Оплата медицинской помощи из средств субсидии, выделяемой из бюджета Федерального фонда ОМС в рамках региональной программы модернизации и расходовании указанных средств регламентируется Порядком, являющимся приложением № 11 к настоящему тарифному соглашению.

13. Тарифы на медицинские услуги по пяти видам расходов медицинским организациям области с 01 января 2013 года устанавливаются согласно приложению № 12 к настоящему тарифному соглашению.

14. Сроки действия Соглашения, изменения и дополнения к Соглашению, разрешение споров

14.1. Настоящее соглашение вступает в силу с 01.01.2013 года и действует по 31.12.2013 года.

14.2. Досрочное расторжение Соглашения возможно по письменной договоренности сторон.

14.3. Соглашение считается пролонгированным на один год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении не позднее, чем за один месяц до окончания срока его действия.

14.4. Изменения и дополнения к настоящему Соглашению могут вноситься только в письменном виде.

14.5. В случае возникновения споров по настоящему Соглашению стороны принимают все меры к разрешению их путем переговоров. При недостижении согласия, стороны разрешают споры в арбитражном суде.

Директор департамента здравоохранения администрации Владимирской области

В.А.Безруков

Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области

О.М.Ефимова

Председатель Областной организации профсоюза работников здравоохранения

С.Г.Солохина

Представитель страховых медицинских организаций, функционирующих в системе ОМС Владимирской области, исполнительный директор филиала ЗАО «Капитал Медицинское страхование» в г. Владимире

Е.Е. Антонова

