

Тарифное соглашение на 2014 год

02 апреля 2014 г.

г. Владимир

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

1. Понятие, виды тарифов на оплату медицинской помощи, их структура

1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи 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.

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

1.3. В системе обязательного медицинского страхования Владимирской области применяются следующие виды тарифов:

- на законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы, клинико-профильные группы заболеваний);
- 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);
- на законченный случай первого этапа диспансеризации взрослого населения;
- на 1 посещение фельдшера (лечебное дело);
- на 1 вызов скорой медицинской помощи;
- на отдельное диагностическое исследование;
- на законченный случай 1 этапа диспансеризации пребывающих в стационарных

учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

- на законченный случай 1 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;
- на законченный случай 1 этапа предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних;
- на законченный случай периодических медицинских осмотров несовершеннолетних.

1.4. Тарифы на оплату медицинской помощи включают 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, оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), оплату организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), 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, приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

1.5. Тарифы состоят из:

1.5.1. *базовой части* (базовые тарифы), включающей пять (четыре) вида расходов (расходы на заработную плату, 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; приобретение мягкого инвентаря;

1.5.2. *денежных выплат*;

1.5.3. *дополнительных видов расходов* (расходов на содержание), включающие виды расходов кроме, указанных в п.п. 1.5.1 и 1.5.2.

1.6. Расчет тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и условиях дневных стационаров всех типов, 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 медицинскими организациями в фонд ОМС, в электронном виде и на бумажном носителе за подписью руководителя.

1.7. 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.

2. Исходные данные и порядок расчета расходов, включаемых в базовые тарифы на оплату медицинской помощи

2.1. Расчет тарифов на оплату медицинской помощи осуществляется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом 11 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н.

Расчет тарифов на оплату стационарной медицинской помощи осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14.11.2013 № 229.

2.2. Исходными данными для расчета расходов на заработную плату, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой *в условиях дневных стационаров и амбулаторно-поликлинических условиях* являются:

2.2.1. *Расходы на выплату должностных окладов и компенсационных выплат (фонд основной заработной платы)* медицинской организации, рассчитанный исходя из:

1) среднего должностного оклада и среднего размера надбавок компенсационного характера по категориям работников в разрезе структурных подразделений в соответствии с тарификационной ведомостью работников структурного подразделения;

Должностной оклад и надбавки компенсационного характера 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.

Должностные оклады и компенсационные выплаты для включения в тарифы применяются в размерах, установленных постановлением Губернатора области для государственных учреждений здравоохранения Владимирской области или соответствующими ведомственными нормативными документами, но не выше установленных постановлением Губернатора области.

2) нормативной численности 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 оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов и амбулаторных условиях, 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.

Замена должностей по штатным нормативам допускается в случае наличия врача – специалиста или фельдшера (лечебное дело), ведущих амбулаторный прием, должность которого приказами Министерства здравоохранения, используемыми для расчета штатных нормативов, не предусмотрена. Замена производится из числа должностей по специальностям ОМС, в том числе должность фельдшера (лечебное дело) – из числа врачебных должностей по специальностям ОМС, и в пределах фонда основной заработной платы работников, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС.

2.2.2. *Расходы на дополнительную зарплату (оплату ночных часов, праздничных и выходных дней, доплат за исполнение обязанностей временно отсутствующего работника (замещение)).*

Расходы включаются в процентах к расходам по основной зарплате 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, общеполikliнического, административно-управленческого и прочего персонала – 8 %;

- для медицинского персонала параклинических отделений, кабинетов – 13%.

2.2.3. Расходы на выплаты стимулирующего характера (без денежных выплат) включаются в тарифы на оплату медицинской помощи 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 оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и условиях дневных стационаров всех типов в размере, не превышающем: для медицинского персонала – 7,98%, для административно-управленческого и прочего персонала (должностные оклады которого, регламентированы постановлением Губернатора Владимирской области от 07.03.2014 № 201) – 33,05%.

Решение вопроса о размере процента выплат стимулирующего характера принимается департаментом здравоохранения администрации Владимирской области совместно с ТФОМС Владимирской области с учетом уровня финансового обеспечения территориальной программы ОМС.

2.2.4. Показатели, используемые для расчета тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов и амбулаторных условиях, утверждаются совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области.

2.2.5. Объем расходов на выплату заработной платы, включаемый в тарифы на посещение с профилактической целью, на посещение в связи с оказанием неотложной помощи, на разовое посещение по поводу заболевания (в том числе консультативное), на сеанс амбулаторного диализа, на обращение по поводу заболевания, на 1 пациенто-день в стационаре на дому) (Рзп) определяется по формуле:

$$Рзп = \frac{(О.оп.+ Д.оп. + О дду,фапы+ + Дду, фапы + О паракл. + Дпаракл. + Ообщечр + Добщечр)}{В (эф)} \times Ксв \times t \text{ вр}$$

Ооп. – основная заработная плата основного персонала структурного подразделения учреждения, для которого рассчитывается тариф;

Доп. – дополнительная заработная плата основного персонала структурного подразделения учреждения, для которого рассчитывается тариф;

Одду, фапы – основная зарплата работников ДДУ и ДШО (по которым врачебные должности по штатным нормативам не предусмотрены или включены в систему ОМС с 01.09.2013 года и позже) и ФАПов;

Дду, фапы - дополнительная зарплата работников ДДУ и ДШО и ФАПов;

Опаракл. – основная зарплата работников параклинических отделений, кабинетов, в части отнесенной на структурное подразделение учреждения, для которого рассчитывается тариф;

Дпаракл. – дополнительная зарплата работников параклинических отделений, кабинетов в части, отнесенной на структурное подразделение учреждения, для которого рассчитывается тариф;

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

Добщечр. – 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 одной специальности или всех диализных мест структурного подразделения учреждения, для которого рассчитывается тариф;

t_{вр} – норматив времени, затрачиваемый: 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.

При определении нормативных финансовых затрат по оплате труда для включения в тариф на пациенто-день стационара на дому исключаются расходы по оплате труда младшего медицинского персонала.

Нормативные финансовые затраты по оплате труда, для включения в тариф на посещение фельдшера (в случае временного отсутствия единственного врача в самостоятельной врачебной амбулатории) определяются путем вычитания из нормативных финансовых затрат по оплате труда, включенных в тариф на врачебное посещение, расходов по основной зарплате отсутствующего врача. При этом перерасчет расходов по зарплате других категорий работников не производится.

2.2.6. Объем расходов по заработной плате (Рзпцз), включаемый в тарифы на посещение Центра здоровья, определяется по формуле:

$$Рзпцз = \frac{(Ооп + Д оп + О дп + Ддп + Ообщечр + Добщечр) \times Ксв}{В (эф)} \times t_{вр}$$

Ооп – основная заработная плата основного медицинского персонала кабинетов врачей, прошедших тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни;

Доп – дополнительная заработная плата основного медицинского персонала кабинетов врачей, прошедших тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни;

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

Ддп – дополнительная зарплата другого персонала Центра здоровья;

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

Добщечр. – 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.

2.2.7. Объем расходов по заработной плате, включаемый в тарифы на 1 пациенто-день дневного стационара больничного учреждения и дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения (Рзпдс):

$$Рзпдс = \frac{(Ооп + Доп + Опаракл + Дпаракл + Ообщечр. + Добщечр.) \times Ксв}{V}$$

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

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

Опаракл – основная зарплата работников параклинических отделений (кабинетов), в части, отнесенной на дневной стационар;

Дпаракл – дополнительная зарплата работников параклинических отделений, кабинетов к основной зарплате, отнесенной на дневной стационар;

Ообщеучр – основная зарплата общеучрежденческого персонала (общестационарного и административно-управленческого и прочего персоналов – для дневных стационаров больничного учреждения; общеполитического и административно-управленческого и прочего персоналов – для дневных стационаров амбулаторно-поликлинического учреждения) в части, отнесенной на дневной стационар;

Добщеучр – дополнительная зарплата общеучрежденческого персонала к основной зарплате, отнесенной на дневной стационар;

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

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

2.2.8. Объем расходов 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.

2.2.9. Объем расходов по основной зарплате параклинических подразделений 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).

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

2.3. Исходными данными для расчета расходов на заработную плату, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях скорой медицинской помощи являются:

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

2.3.2. Объем расходов по заработной плате для включения в тарифы на 1 вызов скорой медицинской помощи рассчитывается по формуле (**Рзпсмп**):

$$\text{Рзпсмп} = \frac{(\text{С}_{62012} \times 0,443) - \text{С}_{62013}}{\text{V}}, \text{ где}$$

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

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

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

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

2.4. *По начислениям на фонд оплаты труда* – законодательно установленный процент к расходам на выплату зарплаты.

2.5. *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) – по нормативам расходов на лекарственные средства, расходные материалы и материальные запасы медицинского назначения, утвержденным совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области.

2.6. *По расходам на мягкий инвентарь* – по нормативам расходов на мягкий инвентарь, утвержденным совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области.

2.7. Базовые тарифы (сформированные по пяти видам расходов) на оплату медицинской помощи устанавливаются согласно приложению № 11 к настоящему тарифному соглашению:

с 01.01.2014 – ГБУЗ ВО «Городская больница № 4 г. Владимира» – тариф на дневной стационар женской консультации;

с 01.04.2014 – ГБУЗ ВО «Суздальская центральная районная больница» – тариф на профилактические медицинские осмотры (терапия участковая).

3. Порядок расчета базовых тарифов на оплату стационарной медицинской помощи

3.1. Базовая ставка финансирования стационарной помощи рассчитывается по пяти видам расходов в соответствии с порядком, предусмотренным Методическими рекомендациями по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ), утвержденными приказом ФОМС от 14.11.2013 № 229.

3.2. Базовый (сформированный по пяти видам расходов) тариф на законченный случай лечения заболевания (**БТстац.**), включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую или клинико-профильную группы) определяется по следующей формуле:

$$\text{БТ стац.} = \text{БС} \times \text{Ок, где}$$

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

Ок – общий поправочный коэффициент оплаты для данного случая.

3.3. Общий поправочный коэффициент оплаты для конкретного случая конкретной медицинской организации рассчитывается с учетом установленных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$\text{Ок} = \text{Кз} \times \text{Кумо} \times \text{Кск} \times \text{Купр, где:}$$

Кз – коэффициент относительной затратоемкости по клинико-профильной группе, к которой отнесен данный случай лечения;

Кумо – коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент (используется в расчетах в случае, если для данной медицинской организации определен указанный коэффициент);

Кск – коэффициент сложности курации пациента для возрастной группы, к которой относится пациент (используется в расчетах в случае, если для данной возрастной группы определен указанный коэффициент);

Купр – управленческий коэффициент по клинико-профильной группе, к которой отнесен данный пролеченный случай (используется в расчетах, в случае если для данной клинико-профильной группы или медицинской организации определен указанный коэффициент).

3.4. Размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи медицинской организации (Рфостац) по системе клинико-статистических (клинико-профильных) групп рассчитывается как сумма (S) тарифов всех случаев лечения в стационаре с учетом применения общих поправочных коэффициентов, по формуле:

$$\text{Рфостац} = S (\text{Тстац} \times \text{Ок})$$

3.5. Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, устанавливается согласно приложению № 12 к настоящему тарифному соглашению.

3.6. Коэффициенты, применяемые к базовой ставке финансирования стационарной медицинской помощи, устанавливаются согласно приложению № 13 к настоящему тарифному соглашению.

3.7. Структура расходов стационарной медицинской помощи устанавливается согласно приложению № 14 к настоящему тарифному соглашению.

3.8. Объемы высокотехнологичной медицинской помощи, установленные медицинским организациям области в заданиях по реализации территориальной программы ОМС на 2014 год, оплачиваются по тарифам, включающим все виды расходов медицинской организации, которые устанавливаются согласно приложению № 15 к настоящему тарифному соглашению.

4. Порядок определения базовых тарифов на законченный случай лечения в дневных стационарах всех типов и законченный случай всех видов диспансеризации и медицинских осмотров несовершеннолетних

4.1. Тариф на законченный случай лечения в дневных стационарах всех типов (Тзсдс) определяется по формуле:

$$\text{Тзсдс} = \text{Тд} \times \text{Дн}, \text{ где}$$

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

Дн – длительность лечения в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения, в стационаре на дому, утвержденная совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области.

4.2. Тарифы на законченный случай первого этапа диспансеризации (Тзсдв) взрослого населения действуют единые для всех медицинских организаций области и определяются по формуле:

для возрастных групп от 21 по 48 лет, 54 года, 60 лет, 66 лет, 72 года, 78 лет, 84 года, 90 лет, 96 лет (для которых осмотр врача-невролога не предусмотрен):

$$\text{Тзсдв} = \text{Ттер.} + \text{СТиссл.}, \text{ где}$$

Ттер. – тариф, сформированный по четырем видам расходов, на одно посещение (осмотр) врача терапевта с профилактической целью;

СТиссл. – сумма тарифов на исследования и иные мероприятия, проводимые на первом этапе диспансеризации конкретной половозрастной группы взрослого населения.

для возрастных групп 51 год, 57 лет, 63 года, 69 лет, 75 лет, 81 год, 87 лет, 93 года, 99 лет:

$$\text{Тзсдв} = \text{Ттер.} + \text{СТиссл.} + \text{Тневр.}, \text{ где}$$

Ттер. – тариф, сформированный по четырем видам расходов, на одно посещение врача терапевта с профилактической целью медицинской организации;

СТиссл. – сумма тарифов на исследования и иные мероприятия, проводимые на первом этапе диспансеризации конкретной половозрастной группы взрослого населения;

Тневр. – тариф, сформированный по четырем видам расходов, на одно посещение (осмотр) врача невролога с профилактической целью медицинской организации.

4.2.1. Тарифы на посещения (осмотры) врачей (Ттер., Тневр.), на исследование или иное мероприятие Тиссл.) при проведении первого этапа диспансеризации взрослого населения рассчитываются по формуле:

$$T = \frac{(Зосн.+Здоп.+Стим.)+(Зобщеучр.+Здоп.+Стим.) + Н}{В (эф.)} \times t \text{ вр} + РМ + Минв.,$$

Зосн. – основная зарплата прямых исполнителей: врачей, среднего медперсонала, участвующих в осмотре, исследовании или ином мероприятии, рассчитанная из базового оклада, среднего коэффициента квалификационного уровня, среднего коэффициента категории и с учетом компенсационных выплат;

Здоп. – дополнительная зарплата прямых исполнителей в размере 8 % к основной зарплате по поликлинике и 13% к основной зарплате по параклинике;

Стим. – стимулирующие выплаты в установленном проценте к основной и дополнительной зарплате;

Зобщеучр. – зарплата общеучрежденческого персонала, определенная в размере 77% к основной зарплате прямых исполнителей;

Здоп. – дополнительная зарплата общеучрежденческого персонала в размере 8% к основной зарплате;

Н – начисления на оплату труда по нормативно установленному проценту к расходам на оплату труда;

РМ – норматив расходов на приобретение расходных материалов, химических реактивов, рентгенпленки и прочих материальных запасов медицинского назначения, включаемый в тариф на посещение (осмотр), исследование или иное мероприятие, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области;

Минв. – норматив расходов на мягкий инвентарь включаемый в тариф на посещение (осмотр), исследование или иное мероприятие, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области;

t вр – норматив времени на посещение (осмотр), исследование или иное мероприятие, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области;

В (эф.) – эффективный месячный фонд рабочего времени в минутах врача или среднего медицинского персонала, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области.

4.3. Тарифы на законченный случай 1 этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, 1 этапа профилактических, 1 этапа предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, законченный случай периодических медицинских осмотров несовершеннолетних (Тд), действуют единые для всех медицинских организаций области и определяются по формуле:

$$Тд = ST_{\text{пос.}} + ST_{\text{иссл.}}, \text{ где}$$

ST_{пос.} – сумма тарифов по четырем видам расходов на посещения с профилактической целью врачей, осмотры которых предусмотрены в соответствии с порядком проведения диспансеризации;

ST_{иссл.} – сумма тарифов по четырем видам расходов на исследования в соответствии с порядком проведения диспансеризации.

4.3.1. Тарифы на посещения (осмотры) врачей (Тпос.), на исследование (Тиссл.) при проведении 1 этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и

детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, при проведении 1 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, 1 этапа предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, периодических медицинских осмотров несовершеннолетних рассчитываются по формуле:

$$T = (Зосн.+Здоп.+Стим.) + (Зобщечр.+Здоп.+Стим.) + Н \times t_{вр} + РМ + Минв., \\ В (эф.)$$

Зосн. – основная зарплата прямых исполнителей: врачей, среднего медперсонала, участвующих в осмотре, исследовании, рассчитанная из базового оклада, среднего коэффициента квалификационного уровня, среднего коэффициента категории и с учетом компенсационных выплат;

Здоп. – дополнительная зарплата прямых исполнителей в размере 8 % к основной зарплате по поликлинике и 13% к основной зарплате по параклинике;

Стим. – стимулирующие выплаты в установленном проценте к основной и дополнительной зарплате;

Зобщечр. – зарплата общеучрежденческого персонала, определенная в размере 77% к основной зарплате прямых исполнителей;

Здоп. – дополнительная зарплата общеучрежденческого персонала в размере 8% к основной зарплате;

Н – начисления на оплату труда по нормативно установленному проценту к расходам на оплату труда;

РМ – норматив расходов на приобретение расходных материалов, хим.реактивов, рентгенпленки и прочих материальных запасов медицинского назначения, включаемый в тариф на посещение (осмотр), исследование, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области;

Минв. – норматив расходов на мягкий инвентарь включаемый в тариф на посещение (осмотр), исследование или иное мероприятие, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области;

t_{вр} – норматив времени на посещение (осмотр), исследование или иное мероприятие, установленный совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС;

В (эф.) – эффективный месячный фонд рабочего времени в минутах врача или среднего медицинского персонала, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области.

4.3.2. Базовые тарифы (сформированные по пяти видам расходов) на оплату медицинской помощи устанавливаются согласно приложению № 16 к настоящему тарифному соглашению:

с 01.01.2014

- ГБУЗ ВО «Мстерская районная больница» – тариф на первый этап диспансеризации взрослого населения в связи с получением лицензии

с 01.02.2014

- ГБУЗ ВО «Детская городская поликлиника г. Владимира» – тарифы на неотложную медицинскую помощь (педиатрия), периодические медицинские осмотры несовершеннолетних.

с 01.03.2014

- ГБУЗ ВО «Городская больница № 2 г. Владимира» – тариф на первый этап диспансеризации взрослого населения в связи с технической ошибкой;
- ГБУЗ «Городская больница ЗАТО г.Радужный Владимирской области» – тарифы на медицинские осмотры несовершеннолетних.

5. Особенности расчета базовых тарифов на оплату отдельных диагностических исследований

5.1. Тарифы на оплату отдельных диагностических исследований (Тоди) по четырем видам расходов рассчитываются по формуле:

$$\text{Тоди} = \frac{(\text{Зосн.} + \text{Здоп.} + \text{Стим.})}{\text{В (эф.)}} + \text{Н} \times \text{t вр} + \text{РМ} + \text{Минв.}, \text{ где}$$

Зосн. – основная зарплата прямых исполнителей: врачей, среднего медперсонала, участвующих в исследовании, рассчитанная исходя из базового оклада, коэффициента квалификационного уровня, среднего коэффициента категории и с учетом компенсационных выплат;

Здоп. – дополнительная зарплата прямых исполнителей в размере 13% к основной зарплате;

Стим. – стимулирующие выплаты в размере установленного % к основной и дополнительной зарплате;

Н – начисления на оплату труда по нормативно установленному проценту к расходам на оплату труда;

РМ – норматив расходов на приобретение расходных материалов, и прочих материальных запасов медицинского назначения, включаемый в тариф на исследование, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области;

Минв. – норматив расходов на мягкий инвентарь, включаемый в тариф на исследование, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области;

t вр – норматив времени на исследование, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области;

В (эф.) – эффективный месячный фонд рабочего времени в минутах врача или среднего медицинского персонала, установленный совместным приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области и ТФОМС Владимирской области.

5.2. Базовые тарифы (сформированные по пяти видам расходов) на обследования беременных женщин во втором триместре, производимые в ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» устанавливаются с 01 апреля 2014 г. согласно приложению № 17 к настоящему тарифному соглашению.

6. Исходные данные и порядок включения в тарифы на оплату медицинской помощи денежных выплат

6.1. *Расходы на осуществление денежных выплат* включают в себя выплаты стимулирующего характера:

– 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), врачам акушерам-гинекологами, ведущим амбулаторный прием, и среднему медицинскому персоналу, работающему с названными врачами;

– по стационару: медицинскому персоналу отделений стационара (внедрение стандартов);

– по скорой медицинской помощи: врачам, фельдшерам, медицинским сестрам и водителям скорой медицинской помощи.

6.2. Расходы на осуществление денежных выплат (выплаты стимулирующего характера) включаются в тарифы на оплату медицинской помощи в объеме расчетной суммы денежных выплат, определенной комиссией по разработке территориальной программы ОМС для медицинской организации из расчета на месяц.

6.3. Норматив расходов на осуществление денежных выплат (Ндв), для включения в тарифы на оплату медицинской помощи в разрезе условий ее оказания определяется по следующей формуле:

$$\text{Ндв} = \text{Тб} \times (\text{Кдв} - 1), \text{ где}$$

Тб – базовый тариф, сформированный по пяти (четырем) видам расходов;

Кдв. – коэффициент на денежные выплаты.

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

$$\text{Кдв} = \frac{\text{Дв} + \text{Смп}}{\text{Смп}}, \text{ где}$$

Дв – расчетная сумма денежных выплат, определенная комиссией по разработке территориальной программы ОМС для медицинской организации на месяц, скорректированная на сумму недополученных или полученных свыше средств на указанные цели в предыдущий период с начала финансового года относительно запланированной суммы;

Смп – стоимость медицинской помощи в базовых тарифах по пяти (четырем) видам расходов за месяц по сведениям, полученным от медицинских организаций.

7. Исходные данные и порядок включения в тарифы на оплату медицинской помощи дополнительных видов расходов (расходов на содержание)

7.1. Объем расходов на содержание медицинских организаций (дополнительные виды расходов) устанавливаются комиссией по разработке территориальной программы ОМС с учетом потребности в указанных средствах.

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

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

Т – тариф, сформированный по пяти (четырем) 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 видов медицинской помощи по следующей формуле:

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

Сумп – стоимость медицинской помощи по пяти (четырем) видам расходов за месяц, умноженная на коэффициент денежных выплат;

ДВР – среднемесячная сумма средств на дополнительные виды расходов на соответствующий вид помощи согласно распределению, представленному медицинской организацией.

8. Порядок индексации тарифов на оплату медицинской помощи

8.1. При финансовой возможности для увеличения тарифов на оплату медицинской помощи, 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 устанавливаются тарифным соглашением.

8.3. В целях реализации Указа Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» установить на апрель 2014 года к тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, условиях дневных

стационаров всех типов, скорой медицинской помощи, сформированным по пяти (четырем) видам расходов, коэффициенты индексации (в части расходов на оплату труда с начислениями на 20%), согласно приложению № 18 к настоящему тарифному соглашению. Средства направляются на оплату труда работников, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), социальных работников медицинских организаций, младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг).

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

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 согласно плану финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации.

В случае получения медицинской организацией средств ОМС в размере, не соответствующем суммам, утвержденным в плане финансово-хозяйственной деятельности, медицинская организация производит уточнение ПФХД в пределах фактически полученных средств в соответствии с установленным департаментом здравоохранения порядком и по согласованию с ТФОМС Владимирской области.

9.2. Средства ОМС, полученные медицинской организацией по выставленным счетам за отчетный период, распределяются на дополнительные виды расходов и на основные пять видов расходов с учетом денежных выплат следующим образом:

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

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

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.

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

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

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

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

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

Распределение полученных средств 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.

В случае индексации базовых 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 «Экономическая характеристика...».

9.2.3.1. Средства ОМС, полученные медицинской организацией на выплату зарплаты, складываются из средств, определенных по удельному весу от полученных средств по пяти

видам расходов в части заработной платы, и полученных средств на денежные выплаты.

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

Экономия средств, оставшаяся в распоряжении медицинской организации по денежным выплатам, направляется на формирование расходов по оплате труда учреждения и в последующем расходуются на стимулирующие выплаты медицинским работникам в соответствии с положением, утвержденным руководителем учреждения по согласованию с представительным органом работников учреждения. При этом выплаты стимулирующего характера устанавливаются работникам с учетом критериев, позволяющих оценить результативность и качество их работы

9.3. Заработная плата работников параклинических подразделений, общеучрежденческого персонала (общеполиклинического, 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.

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

10. Прочее

10.1. 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).

10.2. Формирование тарифов на медицинские услуги медицинских организаций, не являющихся государственными учреждениями здравоохранения Владимирской области, может осуществляться исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных в территориальной программе ОМС на 2014 год с учетом относительных коэффициентов стоимости единицы объема по соответствующей специальности или соответствующему профилю лечебного отделения, установленные письмом Минздравсоцразвития РФ от 22.12.2011 № 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 соответствующего уровня медицинских организаций).

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

11.1. Настоящее соглашение вступает в силу с 01.04.2014 и действует до 31.12.2014.

11.2. Досрочное расторжение Соглашения возможно по письменной договоренности сторон.

11.3. 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.

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

11.5. 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



А.В. Кирюхин

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