

Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2021 год

(г. Казань, от 30 декабря 2020 г.)

Министерство здравоохранения Республики Татарстан в лице министра здравоохранения Республики Татарстан Садыкова Марата Наилевича,

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,

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

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 2021 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем.

Раздел I. Общие положения

1. Настоящее Тарифное соглашение разработано и заключается в соответствии с [Федеральными законами от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](#) и [от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"](#), [Правилами обязательного медицинского страхования](#), утвержденными [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н](#), [Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию](#), утвержденным [приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 N 36](#), [Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения](#), утвержденными [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 N 1397н](#), разъяснениями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.12.2020 N 11-7/И/2-20700 по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

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 2021 год, а также способы оплаты медицинской помощи при реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан на 2021 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.

5. Основные термины 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 N 1259](#), в программном средстве "Регистр прикрепленного населения" медицинской организацией на основании заявления о выборе медицинской организации или (до подачи заявления о выборе медицинской организации) проживающее 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 амбулаторных условиях, в месяц.

5.4. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, скорой медицинской помощи, оказываемой при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса, скорой медицинской помощи, оказываемой незастрахованному контингенту населения и населению, застрахованному в других субъектах Российской Федерации) - объем средств на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и относящейся к территории обслуживания станцией (отделением) скорой медицинской помощи.

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

5.6. 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 лечебного питания;

б) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

5.7. 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.

5.8. Посещение в приемном (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 формам N 001/у "Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации" и N 025-10/уТ-17 "Талон амбулаторного пациента".

5.9. Обращение - единица объема медицинской помощи в амбулаторных условиях за законченный случай лечения заболевания (проведения медицинских услуг) с кратностью не менее двух посещений к врачу одной врачебной специальности <1> по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающая лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар, за исключением вида обращения "Консультативно-диагностическое обращение с проведением теста "Тромбодинамика" у беременных высокой группы риска осложнений". Результат обращения отмечается в Талоне амбулаторного пациента, в Листке ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма N 037/уТ-17) только при последнем посещении больного по данному поводу. В количество посещений, входящих в обращение по поводу заболевания, не входят посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

<1> за исключением посещений к врачам-специалистам одной врачебной специальности, но с дифференцированными функциональными обязанностями при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи.

5.10. 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).

5.11. Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

5.12. Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

5.13. Оплата медицинской помощи по КСГ - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов.

5.14. Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан, а также с учетом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения).

5.15. Коэффициент относительной затратоемкости - величина, отражающая отношение конкретной клинко-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

5.16. Поправочные коэффициенты - коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

5.17. Коэффициент специфики - коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе заболеваний.

5.18. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

5.19. Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

5.20. Коэффициент сложности лечения пациентов - коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

5.21. Подгруппа в составе КСГ - группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев.

5.22. 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.

5.23. Базовый полный подушевой норматив финансирования - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинской реабилитации, в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации.

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 XII "Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" [Правил обязательного медицинского страхования](#), утвержденных [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н](#), методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее - Рекомендации), одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и направленных в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 30.12.2020 Министерства здравоохранения Российской Федерации N 11-7/И/2-20691 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования N 00-10-26-2-04/11-51.

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 ее 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, размер полного подушевого норматива финансирования, перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затроемкости, 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 1](#) к Тарифному соглашению (не приводится).

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 28.12.2020 N 2299 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов"](#).

2. Оплата производится страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Республики Татарстан 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 2021 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 ее оказания (далее - способы оплаты), в пределах стоимости установленного планового задания с учетом финансовых санкций. Порядок применения способов оплаты приведен в [приложении 2](#) к Тарифному соглашению (не приводится).

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 Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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 оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, 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 (не приводится).

Расчет размера 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 производится в соответствии с пунктами 148, 149 [приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"](#).

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию может учитываться медицинская документация в форме электронных документов, при условии соблюдения медицинскими организациями требований Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утвержденного [приказом Минздрава России от 07.09.2020 N 947н](#).

В случае внесения изменений в [приложение N 3](#) к настоящему Тарифному соглашению новая редакция применяется к случаям оказания медицинской помощи, завершаемым после введения таких изменений в действие, за исключением дефектов, которые в новой редакции утратили силу.

Утратившие силу дефекты при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи не применяются независимо от даты оказания медицинской помощи.

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. 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.

4. 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 и уплачивается штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств. За каждый день просрочки уплачивается пеня в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. 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 автоматизированной информационной системы 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.

6. Все [приложения](#) к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

7. В тарифное соглашение вносятся изменения:

- при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан, в части включения (исключения) медицинских организаций;

- в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 5 и 6 [Требований к структуре и содержанию Тарифного соглашения](#), утвержденных [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 N 1397н](#) (далее - Требования), для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются;

- при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

- при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;

- при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

- при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, Кабинетом Министров Республики Татарстан решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

8. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2021 года, в том числе индексация тарифов на оплату медицинской помощи, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

9. Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в Министерстве здравоохранения Республики Татарстан, второй - в ТФОМС Республики Татарстан.

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

11. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 года по 31 декабря 2021 года.

Министр здравоохранения
Республики Татарстан,
председатель комиссии
М.Н.САДЫКОВ

Директор государственного учреждения
"Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования
Республики Татарстан"
А.М.МИФТАХОВА

Генеральный директор ООО
"Страховое медицинское общество
"Спасение"
Г.Н.ГЛУШКОВ

Представитель некоммерческого партнерства
"Ассоциация медицинских работников
Республики Татарстан"
И.Х.ШАРАФУТДИНОВ

Председатель Татарстанской организации
профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации
Г.Р.ХУСНУТДИНОВА