

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования Самарской области
на 2021 год

15 января 2021 г.

Министерство здравоохранения Самарской области в лице министра здравоохранения Самарской области Беняна А.С., действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области в лице директора Романова В.Е., действующего на основании Положения, страховая медицинская организация АО СК "АСКОМЕД" в лице президента Козлова О.В., действующего на основании Устава, страховая медицинская организация АО "МАКС-М" в лице исполняющего обязанности директора филиала АО "МАКС-М" в городе Самаре Осауленко М.А., действующего по доверенности № 153(мед), Медицинская профессиональная некоммерческая организация "Самарская областная Ассоциация врачей" в лице президента Измалкова С.Н., действующего на основании Устава, и Самарская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Сивохиной Т.А., действующей на основании Устава, именуемые в дальнейшем представители, руководствуясь приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрава РФ) от 29 декабря 2020 года № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 года № 108н, постановлением Правительства Самарской области от 05.04.2012 № 160 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заключили настоящее Тарифное соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Предметом настоящего Соглашения являются взаимоотношения сторон по формированию тарифов для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) за счет средств обязательного медицинского страхования.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС способами оплаты медицинской помощи в зависимости от условий оказания медицинской помощи и норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов.

Основными целями Соглашения являются:

предоставление гражданам (застрахованным лицам) равных условий в получении качественной, доступной, бесплатной медицинской помощи в рамках ТП ОМС Самарской области;

приведение в соответствие плановых затрат страховых медицинских организаций (далее - СМО) на оказание медицинской помощи застрахованным лицам и объемно-финансовых нормативов ТП ОМС;

обеспечение соответствия плановых доходов и расходов медицинских организаций объемам предоставления медицинской помощи, утвержденным Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия);

приведение тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС в соответствие с нормативами ТП ОМС.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ

Объемы предоставления медицинской помощи – объем предоставления медицинской помощи и финансовых средств на обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств ОМС, установленный для медицинской организации решением Комиссии.

Субъект первичной медико–санитарной помощи (далее – субъект ПМСП) - медицинская организация (далее - МО) (юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы собственности, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, в том числе индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность), участвующая в реализации территориальной программы ОМС и оказывающая первичную доврачебную медико–санитарную помощь и первичную врачебную медико-санитарную помощь в соответствии с порядками ее оказания.

Исполнитель медицинской помощи – МО, оказавшая застрахованному лицу заказанную медицинскую помощь.

Заказчик медицинской помощи – МО, заказавшая медицинскую помощь в порядке и на условиях, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области и Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования (далее - Регламент).

Плательщик медицинской помощи – страховая медицинская организация (далее – СМО), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области (далее – ТФОМС), МО.

Отдельная медицинская услуга (ОМУ) – медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в стационарных условиях, в условиях дневных стационаров, при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

Заказанная медицинская помощь – медицинская помощь, оказанная МО по Территориальной программе ОМС (далее - ТП ОМС) в соответствии с оформленным в установленном порядке направлением заказчика.

Прикрепленный застрахованный – застрахованное лицо, выбравшее МО – субъект ПМСП для оказания первичной медико–санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с действующим законодательством.

Законченный случай – комплекс оказанной медицинской помощи, ограниченной временным интервалом и предоставленной застрахованному лицу при его обращении в МО по поводу получения первичной медико–санитарной помощи (включающей в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно–гигиеническому просвещению населения), специализированной медицинской помощи, скорой медицинской помощи, в рамках страхового случая или связанных между собой нескольких страховых случаев.

Посещение – комплекс всех оказанных лечебно–диагностических амбулаторно–поликлинических услуг субъектом ПМСП его прикрепленному застрахованному в виде контакта пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме, медсестрой кабинета врача общей практики по поводу страхового случая с применением необходимых диагностических исследований и лечебных манипуляций с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановки диагноза, профилактики, реабилитации и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания, включающий лечебно–диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Экстренная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Заказчиком экстренной медицинской помощи для застрахованного лица считается субъект ПМСП, выбранный застрахованным лицом для оказания первичной медико–санитарной помощи в соответствии с действующим законодательством.

Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Плановая медицинская помощь – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения обязательного медицинского страхования – объем финансовых средств, предназначенных для финансирования СМО, в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста, территории проживания.

Подушевой норматив финансирования МО– объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, рассчитанный с учетом дифференцированных подушевых нормативов.

ССМП – станция (подстанция) скорой медицинской помощи или подразделение скорой медицинской помощи, входящее в состав МО.

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.

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).

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

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 территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратноемкости – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний (КСГ) к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики оказания медицинской помощи, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний;

Коэффициент уровня медицинской организации - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах

расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

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

Коэффициент сложности лечения пациента – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

Оплата медицинской помощи за услугу - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных методическими рекомендациями.

Прерванный случай оказания медицинской помощи – случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1. При реализации ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам:

2.1.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта

Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии).

2.1.2. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2.1.3. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.1.4. при оплате долечивания в условиях санатория:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2.1.5. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации, и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию применяются способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (далее – по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи). При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного)

материала и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов).

При использовании способа оплаты по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, оплата проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется способами, указанными в подпункте 2.1.1. настоящего пункта.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе, расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам, за единицу объема медицинской помощи принимаются:

при оказании медицинской помощи (кроме стоматологической) в амбулаторных условиях – посещение, обращение (законченный случай), оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи - комплексное посещение;

при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – посещение с профилактической и иными целями, а также обращение по поводу заболевания, которое корректируется с учетом количества УЕТ (условная единица трудоемкости);

при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе медицинской реабилитации в специализированных МО, оказывающих

медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях МО – случай госпитализации;

при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара – случай лечения;

при оказании медицинской услуги - медицинская услуга;

при оказании скорой медицинской помощи - вызов;

при применении вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) – случай лечения;

при долечивании в условиях санатория – случай госпитализации.

2.3. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации ТП ОМС устанавливается трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), представлен в Приложении 5.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, с учётом показателей результативности (включая показатели объёма медицинской помощи), представлен в Приложении 6.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении 7.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний - далее КСГ), представлен в Приложении 8.

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях, а также оказания медицинской помощи по долечиванию в условиях санатория, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа изложен в Приложении 29.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ), представлен в Приложении 9.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих скорую медицинскую помощь вне МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, представлен в Приложении 10.

Перечень МО, осуществляющих долечивание в условиях санатория, оплата в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний КСГ, представлен в Приложении 11.

3. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС (в том числе на оплату долечивания в условиях санатория) устанавливаются настоящим Соглашением.

Расчет тарифов производится в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрава РФ) от 29 декабря 2020 года № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения".

Установление тарифов на медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня медицинской организации (коэффициента уровня) для групп МО и (или) структурных подразделений МО:

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том

числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня (структурном подразделении) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

Отнесение медицинской организации к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется в случае распределения Комиссией по разработке ТП ОМС Самарской области объемов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, а также при условии фактического оказания медицинской организацией (структурным подразделением МО) высокотехнологичной медицинской помощи.

Перечень МО (структурных подразделений МО) по уровням оказания медицинской помощи в стационарных условиях представлен в Приложении 2.

В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 4 688,60 рублей;

тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, комплексное посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов представлены в Приложении 1;

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи установлены в Приложении 12;

размер среднего подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации представлен в Приложении 21;

значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций, рассчитанных на основе среднего подушевого норматива финансирования, и коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, с учетом показателей результативности деятельности приведены в Приложении 23;

значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических мероприятий приведены в Приложении 23.

значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации), стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям

за достижение показателей результативности деятельности установлено в Приложении 21.

значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению приведен в Приложениях 23, 27.

Перечень показателей результативности деятельности МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, и критерии их оценки (включая целевые значения) установлены в Приложении 18;

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки для медицинских организаций оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, установлен Приложением 19.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями с полным подушевым финансированием по всем видам и условиям оказания медицинской помощи установлены Приложением 25.

Перечень медицинских организаций, оплата которых осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации установлен Приложением 26.

Перечень фельдшерских пунктов (ФП), фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), дифференцированных по численности обслуживаемого населения представлен в Приложении 27.

Перечень МО и их структурных подразделений, отвечающих условиям для установления коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с

численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала представлен в Приложении 28.

Порядок применения показателей результативности деятельности и целевых значений, методика расчета размера средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых показателей результативности деятельности установлен "Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС" в Приложении 29.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств в размере 10%, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

При оплате медицинской помощи МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной МО (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной МО медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), устанавливается при определении тарифов на оказанную медицинскую помощь средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 6 269,72 рублей.

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливается повышающий коэффициент в размере 1,1 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании

медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (с использованием мобильных медицинских комплексов).

В случае проведения полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в зависимости от работы МО в выходные дни применяется повышающий коэффициент к установленным тарифам в размере 1,1.

В случае оказания стоматологической медицинской помощи для детей мобильными медицинскими бригадами в передвижном мобильном стоматологическом комплексе устанавливается повышающий коэффициент в размере 1,2 к утвержденным тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги, оказываемые мобильными медицинскими бригадами.

В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 5 735,40 рублей;

перечень групп заболеваний по КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и размера стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, представлены в Приложении 17;

размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) включенного в КСГ установлена в размере 23 456,23 рублей;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

значения коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации в стационарных условиях для МО (структурных подразделений МО) определены Приложением 3;

половозрастные коэффициенты дифференциации расходов на оказание стационарной помощи установлены в Приложении 14;

значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи установленного для каждой КСГ приведены в Приложении 17;

значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к базовой ставке, исключаящей влияние применения коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающих значения не ниже 65% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного ТП ОМС, приведено в Приложении 17.

коэффициент сложности лечения пациента определен "Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС" в Приложении 29;

доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых в условиях круглосуточного стационара установлены "Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС" в Приложении 29.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены в Приложении 1 в Перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленные Разделом 1 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

Доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской

помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены в Приложении 29.

В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 1 374,52 рублей;

размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ установлена в размере 13 285,02 рублей;

половозрастные коэффициенты дифференциации расходов на оказание медицинской помощи в дневном стационаре установлены в Приложении 15;

перечень групп заболеваний по КСГ с указанием коэффициента относительной затратноёмкости КСГ и размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ представлены в Приложении 20;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

значения коэффициента уровня медицинской организации в разрезе МО в условиях дневного стационара определены в Приложении 4;

значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи для каждой КСГ установлены в Приложении 20;

значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключающей влияние применения коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающих значения не ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в условиях дневного стационара, установленного ТП ОМС, приведено в Приложении 20.

значения коэффициента сложности лечения пациента установлены в Приложении 29;

доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых в условиях дневного стационара установлены Приложением 29;

размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи предусмотрены в Приложении 29.

В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, устанавливаются:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо – 770,87 рублей;

тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в Приложении 1;

половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации установлены в Приложении 13;

размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, а также значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемых поправочных коэффициентов установлены в Приложении 22;

значения коэффициента специфики оказания скорой медицинской помощи и дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи (в расчете на 1 месяц) медицинских организаций, участвующих в оказании скорой медицинской помощи приведены в Приложении 24.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам определяют уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО.

МО направляют средства, полученные от СМО за оказание медицинской помощи на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включают расходы непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи в системе ОМС и расходы на обеспечение деятельности МО.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с ТП ОМС Самарской области и включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в МО), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу (за исключением структуры затрат тарифа по ВМП), проведение капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения и иные расходы, не включенные в структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ

"Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и в структуру тарифа не включаются.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При оказании застрахованным лицам в рамках ТП ОМС первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом "Об обращении лекарственных средств", и медицинскими изделиями, включенными в

утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи, для лечения основного и сопутствующих заболеваний по назначению лечащего врача.

Застрахованные лица, получающие лечение с использованием стационарозамещающих технологий в стационарах круглосуточного пребывания и в круглосуточных стационарах, обеспечиваются лечебным питанием по назначению лечащего врача в соответствии с нормами, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2003 № 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации", от 21.06.2013 № 395н "Об утверждении норм лечебного питания".

3.4. При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 года № 209н "Об утверждении порядка применения классификации операций сектора государственного управления", Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 года №1 и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-2014, принятым и введенным в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 12 декабря 2014 г. №2018-ст».

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются за счет средств субвенции ФФОМС, в том числе включают расходы на обеспечение деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС.

МО направляют средства, полученные от СМО за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС, на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС и не используют для иных

целей, финансируемых за счет средств бюджетов всех уровней или других источников, а также за счет предпринимательской деятельности.

Оплата медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной лицам, застрахованным на территории Самарской области и за ее пределами, производится по тарифам на оплату медицинской помощи, определенным в Приложении 1, Приложении 17, Приложении 20, Приложении 16 Соглашения с применением установленных коэффициентов:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с применением значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций, рассчитанных на основе среднего подушевого норматива финансирования, и коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности установленного в Приложении 23;

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров с применением коэффициента уровня оказания медицинской помощи установленного для МО в Приложении 4, коэффициента специфики оказания медицинской помощи, установленного в Приложении 20 и коэффициента сложности лечения пациента определенного в Приложении 29;

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с применением коэффициента уровня оказания медицинской помощи установленного для МО в Приложении 3, управленческого коэффициента установленного в Приложении 17 и коэффициента сложности лечения пациента, определенного в Приложении 29;

- в части оплаты медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного и дневного стационара устанавливаются базовые тарифы на оплату диализа (код услуги A18.05.002 "Гемодиализ") в размере 5 129 рублей и перитонеального диализа (код услуги A18.30.001 "Перитонеальный диализ" в размере 4 028 рублей.

- в части оплаты медицинской помощи в случае выполнения услуги диализа, в условиях круглосуточного стационара при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых

отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний применяются тарифы по коду услуги 12.4.3. «Плазмообмен» (А18.05.001.001) и коду услуги 12.4.4. «Плазмофильтрация каскадная» (А18.05.001.004)» Прейскуранта на эфферентные методы лечения для осуществления дополнительной оплаты к стоимости КСГ.

3.6. Решение о направлении поступившего объема финансовых средств на ту или иную предметную статью классификации операций сектора государственного управления, относящегося к расходам бюджета, принимается руководителем МО с учетом соблюдения принципа эффективного и рационального использования средств обязательного медицинского страхования, при условии соблюдения натуральных норм по продуктам питания, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение и питание со стороны застрахованных, отсутствия кредиторской задолженности.

МО ведут отдельный аналитический учет поступления и расходования финансовых средств по видам и условиям оказания медицинской помощи.

3.7. В рамках ТП ОМС сверх базовой программы ОМС выделены межбюджетные трансферты из областного бюджета бюджету ТФОМС Самарской области на долечивание жителей Самарской области в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения в медицинских учреждениях Самарской области, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области (далее - долечивание в условиях санатория).

МО оказывающие медицинскую помощь по долечиванию в условиях санатория применяют тарифы установленные в Приложении 16.

3.8. Расходование средств обязательного медицинского страхования, несоответствующее полностью или частично целям, определенным настоящим Соглашением является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе направление средств ОМС на:

возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС, а также для возмещения расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой предусмотрено из других источников;

возмещение расходов по медицинской помощи, не предусмотренной лицензией МО;

возмещение расходов, не включенных в структуру тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС;

цели, не предусмотренные условиями договора между СМО и МО;

необоснованное получение МО средств обязательного медицинского страхования;

оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС;

расходование средств ОМС на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

При установлении фактов нецелевого расходования средств обязательного медицинского страхования, МО обязана возратить эти средства в бюджет ТФОМС Самарской области.

3.9. ТФОМС осуществляет контроль целевого использования средств обязательного медицинского страхования в МО, работающих в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

3.10. Изменение и индексация тарифов осуществляется путем внесения изменений в настоящее Соглашение.

7. РАЗМЕРЫ НЕОПЛАТЫ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА.

7.1. ТФОМС Самарской области и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам в соответствии с приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО (или ТФОМС Самарской области), в соответствии с "Перечнем нарушений, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и размеры финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования", представленными в Приложении 30.

7.2. При применении финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, ТФОМС, СМО и МО руководствуются Приложениями Соглашения, действовавшего в момент оказания медицинской помощи.

7.3. Отдельные вопросы организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию определяются Приложением 29 "Регламент применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС".

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Настоящее Соглашение заключается на один финансовый год, вступает в силу с 01.01.2021 года и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

8.2. В Соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

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

в) при внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрава РФ) от 29 декабря 2020 года № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", приводящих к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

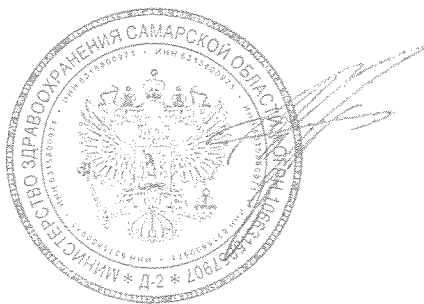
г) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

д) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации 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.

8.3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

8.4. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Министр здравоохранения
Самарской области



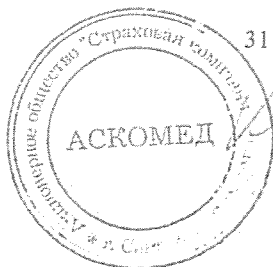
А.С. Бенян

Директор ТФОМС Самарской области



В.Е. Романов

Президент АО СК
"АСКОМЕД"



О.В. Козлов

И.о. директора филиала АО "МАКС-М"
в городе Самаре

М.А. Осауленко

Президент Медицинской профессиональной
некоммерческой организации "Самарская
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина

Президент АО СК
"АСКОМЕД"

О.В. Козлов

И.о. директора филиала АО "МАКС-М"
в городе Самаре



М.А. Осауленко

Президент Медицинской профессиональной
некоммерческой организации "Самарская
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина

Президент АО СК
"АСКОМЕД"

О.В. Козлов

И.о. директора филиала АО "МАКС-М"
в городе Самаре

М.А. Осауленко

Президент Медицинской профессиональной
некоммерческой организации "Самарская
областная Ассоциация врачей"



С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина



Президент АО СК
"АСКОМЕД"

О.В. Козлов

И.о. директора филиала АО "МАКС-М"
в городе Самаре

М.А. Осауленко

Президент Медицинской профессиональной
некоммерческой организации "Самарская
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измаков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



Т.А. Сивохина