

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
Амурской области

г. Благовещенск

27 января 2014 г.

Министерство здравоохранения Амурской области в лице заместителя председателя Правительства Амурской области - министра здравоохранения Амурской области Н.Л. Тезикова

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Амурской области в лице директора Т.П. Гавриловой

Страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области, в лице генерального директора ОАО «Медицинская страховая компания «Дальмедстрах» Е.Л. Дьячковой, директора филиала «Амурский» ЗАО «Страховая группа «Спасские Ворота-М» О.А. Головачевой

НП «Ассоциация медицинских работников Амурской области» в лице исполнительного директора М.П.Гулевич

Амурская областная организация профсоюза работников здравоохранения в лице председателя Л.М. Комаровой,

именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н (далее – Правила ОМС) заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Предмет Тарифного соглашения

1.1. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий

бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на соответствующий период, утвержденной постановлением Правительства Амурской области, в части территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС).

1.2. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и применения тарифов на медицинские услуги по ОМС, а также структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на медицинские услуги.

1.3. Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным на территории Амурской области лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

1.4. Тарифное соглашение распространяется на всех участников при выполнении Территориальной программы ОМС.

1.5. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС являются приложениями к Тарифному соглашению.

1.6. Рассмотрение тарифов и формирование Тарифного соглашения с указанием размеров санкций, применяемых к медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации, осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

1.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Правилами ОМС, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными документами в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными в установленном порядке.

2. Основные термины и определения

Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия:

1) медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

2) медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

3) медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

4) 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, и включенное в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

5) страховая медицинская организация – страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

6) качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

7) медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию Территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи;

8) медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации медицинской организации;

9) экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи;

10) посещение – это контакт застрахованного лица с врачом (кроме врачей параклинических специальностей) или медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование и ведущим самостоятельный прием.

Посещение (по поводу заболевания, с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебно-диагностической целью, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного.

11) обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Под законченным случаем лечения заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу;

12) условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врачом на терапевтическом, хирургическом приеме;

13) койко-день – совокупность медицинских услуг (комплекс лечебно-диагностических мероприятий) по основному заболеванию, предоставленному пациенту в круглосуточном стационаре в течение 1 суток.

14) законченный случай лечения в стационаре или дневном стационаре – совокупность медицинских услуг (комплекса лечебно-диагностических мероприятий) в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре (дневном стационаре) в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки (выпуска, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение

пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента);

15) клинико-профильная группа (КПГ) – группа отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара всех типов;

16) тарифы на оплату медицинской помощи – денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы ОМС, как составной части Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи;

17) подушевой норматив финансирования – плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, предназначенная для оплаты первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;

18) способ оплаты медицинской помощи – установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Амурской области от 27.12.2013 № 703, способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (ст.32. п.3).

3. Способы оплаты медицинской помощи

3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

3.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

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

3.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

3.4. 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.

4. Тарифы на оплату медицинской помощи

4.1. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования согласно приложениям № 1 - 23.

4.2. Тарифы на оплату медицинской помощи сформированы в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, установленной Правилами ОМС и иными утвержденными в установленном порядке нормативными документами в сфере обязательного медицинского страхования.

4.3. Тарифы сформированы с учетом плановых объемов медицинской помощи на текущий год исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы ОМС, установленного Законом Амурской области от 18.12.2013 № 303-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области на 2014 и плановый период 2015 и 2016 годов».

4.4. Тарифы обеспечивают возмещение затрат медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи в объеме Территориальной программы ОМС (за исключением затрат, связанных с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования).

4.5. Тарифы, установленные настоящим Тарифным соглашением, обеспечивают возмещение затрат медицинским организациям, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинских организаций.

4.6. Тарифы на оплату медицинской помощи являются едиными для всех страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области.

4.7. При оплате медицинской помощи применяются групповые тарифы, которые дифференцируются:

а) по территориальному принципу с учетом поясных и региональных коэффициентов - 1,6; 1,7; 1,8; 2,2;

б) по уровням оплаты стационарной медицинской помощи:

- III уровень (медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, специализированные диспансеры);

- II уровень (медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные межмуниципальные отделения и (или) межмуниципальные центры (сосудистые, травматологические и иные);

- I уровень (медицинские организации, оказывающие преимущественно медико-санитарную, в том числе первичную специализированную, медицинскую помощь, а также специализированную медицинскую помощь).

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом поясных и региональных коэффициентов, приведен в приложении № 24.

Перечень медицинских организаций по уровням оплаты стационарной медицинской помощи в системе ОМС приведен в приложении № 25.

Оплата стационарной медицинской помощи, оказанной участковыми больницами, входящими в состав медицинских организаций III и II уровней, осуществляется по тарифам I уровня.

4.8. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы, установленные п.7 ст.35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- заработная плата;
- начисления на оплату труда;

- прочие выплаты, за исключением выплат на оздоровление сотрудников;
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;
- оплата стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);
- оплата услуг по договорам за организацию питания (при отсутствии или временном закрытии своего пищеблока); медицинские услуги; консультативную и иную первичную медико-санитарную помощь, оказанную врачами сторонних медицинских организаций в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества (за исключением капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения), 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.

4.9. При определении соответствующих направлений расходования средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.07.2013 № 65н, Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 1 января 2002 года N 1, и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановлением Госстандарта России от 26 декабря 1994 года N 359.

4.10. Тарифы на оплату медицинской помощи предусматривают компенсацию:

- по амбулаторной медицинской помощи – расходов на посещение врачей определенных специальностей, медицинских работников со средним медицинским образованием, ведущих самостоятельный прием, медицинских работников в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений и расходы параклинических подразделений.

- по медицинской помощи в дневных стационарах – расходов, как по основному профилю дневного стационара, так и расходов параклинических подразделений;

- по стационарной медицинской помощи – расходов в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания и конкурирующего, влияющего на течение основного; расходов приемного отделения; профильного отделения; консультации специалистов, в том числе из других медицинских организаций; оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами; все виды анестезии, включая наркоз; лабораторные и рентгенологические исследования; визиографию; другие лечебно-диагностические исследования; физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж; лечебную физкультуру, и т.д.

- по скорой медицинской помощи – расходов за выполненный вызов по видам выездных бригад (фельдшерской, врачебной, специализированной) и назначению (общепрофильной, специализированной, транспортной).

4.11. Тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты медицинским работникам, финансовое обеспечение которых осуществлялось в 2012 году за счет средств федерального бюджета и средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрами 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.

4.12. Тарифы на оплату медицинской помощи предусматривают компенсацию расходов на содержание административно-управленческого, младшего медицинского и прочего персонала медицинской организации.

4.13. Предельные нормативы расходов в структуре тарифа на оплату медицинской помощи по Территориальной программе ОМС составляют:

	Доля расходов в %		
	Расходы на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда	Материальные затраты (приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов)	Расходы на текущее содержание (ст. 212, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 262, 290, 310, 340)
Стационарная медицинская помощь:			
III уровень	60	25	не более 15
II уровень	56	24	не более 20
I уровень	53	22	не более 25
Амбулаторная медицинская помощь	80	9	не более 11
Стоматологическая помощь	68	22	не более 10
Медицинская помощь в дневных стационарах	64	28	не более 8
Скорая медицинская помощь	80	7	не более 13
Гемодиализ	24	73	не более 3
Перитонеальный диализ	10	87	не более 3
Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)	25	70	не более 5
Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) (за исключением неонатологии)	35	62	не более 3

Предельные нормативы расходов, связанные с оплатой труда в структуре тарифа для ГБУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер» по стационарной помощи составляют 50%, по дневному стационару - 40%.

4.14. Расходы на оплату труда свыше предельных нормативов, установленных п. 4.13 настоящего Тарифного соглашения, осуществляются

при условии обеспечения в полном объеме необходимых для оказания медицинской помощи материальных затрат в соответствии со стандартами медицинской помощи и при экономии расходов на текущее содержание.

4.15. Расходы на оплату труда производятся исходя из размеров и условий труда, установленных в соответствии с региональными нормативными документами, регулирующими вопросы оплаты труда.

4.16. При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата.

4.17. В случае невыполнения медицинскими организациями утвержденных плановых объемов медицинской помощи, выплата заработной платы и оплата других расходов в рамках Программы ОМС, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, за невыполненный объем не являются обязательством системы ОМС.

4.18. Использование медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования на финансирование видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, а также на оплату видов расходов, не включенных в структуру тарифов, является нецелевым.

4.19. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, медицинская организация уплачивает в бюджет ТФОМС Амурской области штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет ТФОМС Амурской области в течение 10 рабочих дней со дня предъявления ТФОМС Амурской области соответствующего требования.

5. Порядок оплаты медицинской помощи

5.1. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованному лицу, осуществляется в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность и договором на оказание и оплату

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

5.2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным Правилами ОМС:

- на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС;

- по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, утвержденными настоящим Тарифным соглашением;

- с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

5.3. Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются ежемесячно в сроки, определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

5.4. Медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам, но не предоставленная к оплате своевременно, может быть предоставлена к оплате в следующем отчетном месяце, а медицинская помощь, не принятая к оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, может быть предоставлена после доработки к оплате дополнительно, но не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации и оплачивается по тарифам, действующим на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

Изменение указанных сроков осуществляется в исключительных случаях (при наличии объективных причин) по решению ТФОМС Амурской области.

5.5. Медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу, оплачивается той страховой медицинской организацией, в которой человек застрахован на дату завершения лечения.

5.6. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Амурской области, осуществляется страховыми медицинскими организациями.

5.7. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, расположенными на территории Амурской области, гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации,

осуществляется ТФОМС Амурской области в объеме Базовой программы ОМС.

5.8. При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам первичной медико-санитарной помощи в полном объеме и на условиях, определенных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи (отсутствие или длительное отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных диагностических исследований и др.), медицинская организация обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в сторонних медицинских организациях по направлению на основе заключенных с ними договоров с последующей оплатой:

- за посещение по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам;
- за медицинскую услугу (лабораторные, инструментальные исследования) по тарифам, согласованным сторонами договора при его заключении.

5.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется:

- 1) по подушевому нормативу финансирования первичной медико-санитарной помощи.

Оплата обращений по поводу заболевания в амбулаторных условиях к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), среднему медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП), ведущих самостоятельный прием, осуществляется по тарифам на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц.

В случае обращения по поводу заболевания застрахованного лица, прикрепленного к другой медицинской организации, оплата осуществляется за посещение.

При наличии в составе медицинской организации ФАПов к подушевому нормативу применяются повышающие коэффициенты согласно приложению № 26.

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования предусматривают компенсацию расходов медицинской организации на весь комплекс мероприятий по диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации.

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования осуществляется страховой медицинской организацией на основании акта сверки численности застрахованных лиц, прикрепившихся к

медицинской организации по состоянию на первое число месяца, следующего за расчетным.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной застрахованному лицу, прикрепившемуся к другой медицинской организации, осуществляется за посещение.

2) Оплата за единицу объема медицинской помощи – за посещение, обращение (законченный случай), за медицинскую услугу осуществляется:

а) за посещение:

- при заболевании включает случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений. При меньшей кратности посещение относится к посещениям с профилактической целью, за исключением медицинских организаций III, уровня, не имеющих прикрепившихся застрахованных лиц.

Оплата медицинской помощи по тарифам за обращение по поводу заболевания (законченный случай) осуществляется с 01.04.2014 г.

- при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Посещение при оказании неотложной помощи включает в себя оказание первичной доврачебной, первичной медико-санитарной врачебной и специализированной врачебной медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях (в том числе травмах, отравлениях – первичное посещение), обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих оказания экстренной медицинской помощи.

- при оказании медицинской помощи при заболевании врачами – специалистами медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся застрахованных лиц, при наличии направления из медицинской организации по месту оказания первичной медико-санитарной помощи.

Без направления оказывается медицинская помощь застрахованным лицам, которые нуждаются в дополнительной консультации и обследовании по заключению специалистов данной медицинской организации для установления (уточнения) диагноза и коррекции лечения. Без направления может осуществляться прием граждан врачами-онкологами и врачами-дерматологами медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся застрахованных лиц.

Тариф на консультативное посещение включает расходы на все дополнительные методы обследований, необходимых для постановки и/или уточнения диагноза.

- при оказании медицинской помощи гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации;

- с профилактической целью:

медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья с целью динамического наблюдения;

за осмотр (консультацию) врача-специалиста при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, порядок проведения которой устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с профилактическими осмотрами взрослого населения в соответствии с порядком, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с профилактическими осмотрами несовершеннолетних (второй этап) в соответствии с порядком, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;

при проведении второго этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, порядок проведения которой устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

при проведении второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, порядок проведения которой устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с заболеванием (случай лечения заболевания в амбулаторных условиях и на дому с кратностью менее двух посещений);

при диспансерном наблюдении;

при разовом посещении без проведения обследования и лечения (осмотр по поводу заболевания, осмотр перед вакцинацией, патронаж, направление на консультацию, госпитализацию в круглосуточный и дневной стационар, с целью получения справки, санаторно-курортной карты и других документов и в связи с другими обстоятельствами);

б) за обращение (законченный случай):

- при первичном обращении в Центр здоровья, включающем комплексное обследование;

- при проведении первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, порядок проведения которой устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- при проведении первого этапа профилактических осмотров несовершеннолетних в соответствии с порядком, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- при проведении первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, порядок проведения которой устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- при проведении первого этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, порядок проведения которой устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- при проведении мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний женской репродуктивной сферы;

в) за медицинскую услугу:

- при проведении сеансов гемодиализа и перитонеального диализа;

- при оказании стоматологической помощи (стоимость 1 УЕТ) в соответствии с Классификатором основных стоматологических лечебно - диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденные Минздравом России и Федеральным фондом ОМС 28.08.2001 г. № 25109257-01-34 и 31-59/40-1, таблица 3.3).

При лечении нескольких зубов (до 5-ти) за один прием, и если при этом осуществляются одинаковые виды работ (указываются одинаковые коды услуги), то данные случаи принимаются к оплате и подлежат обязательной медико-экономической экспертизе страховыми медицинскими организациями. Остальные, начиная с 6-го зуба, отклоняются от оплаты;

- при проведении лабораторных и инструментальных исследований (второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, порядок проведения которой устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации).

5.10. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется:

а) за законченный случай заболевания в соответствии со стандартом медицинской помощи в региональном сосудистом центре и первичных сосудистых отделениях;

б) за законченный случай заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи, по клинико-профильной группе (КПГ),

включая высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), перешедшую с 2014 года в систему обязательного медицинского страхования в соответствии с приказом Минздрав России от 10.12.2013 № 916н.

ВМП в плановой форме оказывается в соответствии с Порядком отбора и направления застрахованных лиц из числа жителей Амурской области и утвержденными плановыми объемами по ВМП в рамках Территориальной программы ОМС.

Для медицинских организаций II уровня, на базе которых находятся клинические кафедры ГБОУ ВПО Амурская АГМА Минздрава России, к тарифам применяется повышающий коэффициент – 1,015.

При выписке пациента, длительность лечения которого составила менее 80% установленной средней длительности пребывания (для высокотехнологичной медицинской помощи менее 50%), оплата осуществляется пропорционально фактической длительности пребывания в стационаре, исходя из расчета стоимости 1 койко-дня.

При оказании медицинской помощи с применением эндовидеохирургических методов лечения оплата производится по полному тарифу вне зависимости от средней длительности лечения.

При необходимости оказания медицинской помощи лицу, ухаживающему за больным ребенком, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам за законченный случай лечения в условиях дневного стационара терапевтического профиля.

Стандарт медицинской помощи считается выполненным в случае исполнения не менее 90% медицинских услуг, установленных стандартом обследования, с частотой 1 без учета кратности их предоставления и при исполнении не менее 90% медицинских услуг, установленным стандартом лечения, при отсутствии дефектов лечения.

5.11. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи (КПГ).

При выписке пациента, длительность лечения которого составила менее 90% установленной средней длительности пребывания, оплата осуществляется пропорционально фактической длительности пребывания в дневном стационаре, исходя из расчета стоимости 1 пациенто-дня.

Оплата медицинской помощи, оказываемой женщинам в условиях дневного стационара с проведением инвазивных методов диагностики и лечения (аспирационная биопсия эндометрия, миниаспирация, гистероскопия

и другие методы с применением внутривенного или иного наркоза) осуществляется сверх установленного планового объема для медицинской организации по дневному стационару.

Оплата законченного случая лечения заболевания в дневном стационаре с проведением эндовидеохирургических методов лечения, при условии соблюдения не менее 50 % установленной средней длительности пребывания, осуществляется по полному тарифу соответствующего профиля. Если длительность пребывания менее 50% установленной – пропорциональной фактической длительности пребывания исходя из расчета стоимости 1 пациенто-дня.

б) за законченный случай оказания медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО).

Порядок отбора и направления застрахованных лиц из числа жителей Амурской области на лечение бесплодия методом ЭКО определяется Министерством здравоохранения Амурской области. Тариф включает все расходы медицинской организации (медицинская помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара).

5.12. Оплата 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), осуществляется:

а) по подушевому нормативу финансирования исходя из численности прикрепившихся застрахованных лиц к медицинским организациям, расположенным на территории муниципального образования, где оказывается скорая медицинская помощь;

б) за вызов скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации;

Оплата вызова скорой медицинской помощи по общепрофильному назначению, выполненного специализированной выездной бригадой, осуществляется по тарифу вызова скорой медицинской помощи для врачебной выездной бригады.

5.13. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, осуществляется за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации, и компенсация указанных расходов за счет средств обязательного медицинского страхования не производится.

5.14. Медицинские организации ведут персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с

приказом Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 N 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

5.15. Информационное взаимодействие осуществляется в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 N 79 (в новой ред.) «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Обмен информацией осуществляется по электронным каналам связи, включая сеть «Интернет», с использованием системы криптографической защиты каналов связи ViPNet.

Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

6.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Контроль) осуществляется страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Амурской области в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

6.2. Результаты проведенного Контроля оформляются актами, включающими информацию о выявленных нарушениях и применяемых к медицинским организациям мерам. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, производится по результатам Контроля.

6.3. В случае выявления по результатам Контроля не исполнения медицинской организацией условий заключенного Договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяются меры, определенные:

- Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в сфере обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией

штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно приложению № 27.

- Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в сфере обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации) согласно приложению № 28.

7. Заключительные положения

7.1. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

7.2. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2014 года и действует до принятия нового.

Заместитель председателя
Правительства Амурской
области – министр
здравоохранения

Н.Л.Тезиков

« 27 » сентября 2014 г.

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Амурской области

Т.П.Гаврилова

« 27 » сентября 2014 г.

Исполнительный директор
НП «Ассоциация медицинских
работников Амурской области»

М.П.Гудевич

« 27 » сентября 2014 г.

Председатель Амурской
областной организации
профсоюза работников
здравоохранения

Л.М.Комарова

« 27 » сентября 2014 г.

Генеральный директор
ОАО «МСК» Дальмедстрах»

Е.Л.Дьячкова

« 27 » сентября 2014 г.

Директор филиала «Амурский»
ЗАО «Страховая группа
«Спасские Ворота-М»

О.А.Головачева

« 27 » сентября 2014 г.