

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
Амурской области
(ред. от 21.03.2013 г.)

г. Благовещенск

28 января 2013 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, и.о. директора филиала «Амурский» ЗАО «Страховая группа «Спасские Ворота-М» О.А.Паршиной

НП «Ассоциация медицинских работников Амурской области» в лице и.о. 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 заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области (далее – Соглашение) о нижеследующем:

1. Предмет Соглашения

1.1. Настоящее Соглашение определяет порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС), являющейся составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи, порядок формирования и применения тарифов на медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию, а также структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на медицинские услуги.

1.2. Оплата медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н, настоящим Соглашением, а также иными нормативными документами в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными в установленном порядке.

2. Основные понятия, используемые в настоящем Соглашении

Для целей настоящего 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, осуществляющего в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и включенная 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 обязательного медицинского страхования, 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 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 (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.

Профилактические посещения включают посещения:

а) центров Здоровья с целью динамического наблюдения;

б) в связи с диспансеризацией определенных групп населения (второй этап диспансеризации), порядок проведения которой устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в) в связи с диспансерным наблюдением;

г) в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерацией, патронажем.

Посещение может осуществляться с иными целями (разовые посещения без проведения обследования и лечения, в связи с направлением на консультацию, госпитализацию в круглосуточный и дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной справки и других документов);

11) законченный случай лечения в поликлинике – обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута). Обращение как законченный

случай по поводу заболевания складывается из первичных и повторных посещений.

Под законченным случаем 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, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтической, хирургическом приеме;

13) законченный случай лечения в стационаре – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (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);

14) клинико-профильная группа (КПГ) – группа отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи;

15) коэффициент уровня оказания специализированной медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи;

16) способ оплаты медицинской помощи – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования 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);

17) расходы на содержание – включенные в структуру тарифа с 2013 года дополнительные расходы по кодам операций сектора государственного

управления (КОСГУ): расходы на прочие выплаты, прочие материальные запасы, 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 (в том числе оборудования) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3. Способы оплаты медицинской помощи

3.1. При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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

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

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай);

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

- за законченный случай заболевания в соответствии со стандартом медицинской помощи;

- за законченный случай заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний), объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи.

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

3.5. 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;

- за вызов скорой медицинской помощи;

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

4. Тарифы на оплату медицинской помощи

4.1. Настоящее Соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования согласно приложениям № 1 – 27а, № 33.

Расходы на содержание устанавливаются ежеквартально в виде коэффициента и (или) в абсолютном размере к единице объема медицинской помощи с учетом сезонности и способов оплаты медицинской помощи.

4.2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области и применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Амурской области.

4.3. Тарифы на оплату медицинской помощи являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по оказанию медицинской помощи в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4.4. Тарифы на оплату медицинской помощи сформированы в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и иными утвержденными в установленном порядке нормативными документами в сфере обязательного медицинского страхования.

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

4.6. Тарифы, установленные настоящим Соглашением, обеспечивают возмещение затрат медицинских организаций, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления и затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинских организаций (расходы на содержание). Тарифы

сформированы с учетом плановых объемов медицинской помощи на текущий год в пределах средств, предусмотренных в бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области (далее – ТФОМС Амурской области).

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

4.8. 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 оказания медицинской помощи для соответствующей группы медицинских организаций, сформированной в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Амурской области всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи:

- областной уровень;
- городской уровень;
- районный уровень.

Перечень медицинских организаций, участвующих в выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования по уровням с учетом поясных и региональных коэффициентов приведен в приложении № 28.

4.9. 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 (в том числе оборудования) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Приобретение медицинской мебели не включается в структуру тарифа на оплату медицинской помощи.

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.

В тарифы по оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях включены расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи (денежные выплаты в размерах, производимых в рамках национального проекта «Здоровье»), оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковых врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов. Указанные расходы относятся к выплатам стимулирующего характера и осуществляются по результатам их деятельности.

- 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).

В тарифы по оплате скорой медицинской помощи включены расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи (денежные выплаты в размерах, производимых в рамках национального проекта «Здоровье»), оказываемой врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами скорой медицинской помощи. Указанные расходы относятся к выплатам стимулирующего характера и осуществляются по результатам их деятельности.

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

4.12. Предельные нормативы расходов, связанные с оплатой труда и материальными затратами, в структуре основного тарифа (без расходов на содержание) составляют:

	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)
Стационарная медицинская помощь	не менее 70 %	не более 30%
Амбулаторная медицинская помощь	не менее 90%	не более 10%
Стоматологическая помощь	не менее 75%	не более 25%
Медицинская помощь в дневных стационарах	не менее 70 %	не более 30%

Скорая медицинская помощь	не менее 80%	не более 20% (с учетом расходов на содержание)
---------------------------	--------------	---

Предельные нормативы расходов, связанные с оплатой труда в структуре основного тарифа (без расходов на содержание) по стационарной помощи для ГБУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер» составляют не менее 60%.

4.13. Расходы на оплату труда свыше минимальных предельных нормативов, установленных п. 4.12 настоящего Соглашения, осуществляются при условии обеспечения в полном объеме необходимых для оказания медицинской помощи материальных затрат в соответствии со стандартами медицинской помощи.

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

4.15. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, 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.

4.16. Предельные нормативы расходов в структуре тарифа для межтерриториальных расчетов составляют:

	Расходы на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда	Материальные затраты (приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания,	Расходы на содержание
--	--	--	-----------------------

		мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов)	
Стационарная медицинская помощь	не менее 57 %	не более 24%	19%
Амбулаторная медицинская помощь	не менее 80%	не более 9%	11%
Стоматологическая помощь	не менее 67%	не более 22%	11%
Медицинская помощь в дневных стационарах	не менее 64 %	не более 27%	9%

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 обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 15.02.2011 № 158н:

- на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области;

- по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, утвержденным настоящим 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 обязательному медицинскому страхованию.

5.4. Медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам, но не предоставленная к оплате своевременно или не принятая к оплате по объективным причинам, может быть предоставлена к оплате дополнительно, но не позднее 2-х месяцев, следующих за отчетным и оплачивается по тарифам, действующим на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

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

5.6. 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 обязательного медицинского страхования.

5.7. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

5.7.1. Оплата по подушевому нормативу финансирования первичной медико-санитарной помощи осуществляется в январе-феврале 2013 года на прикрепившихся застрахованных лиц к медицинским организациям городского и районного уровней с учетом показателей деятельности медицинской организации (за исключением медицинских организаций, расположенных на территории Благовещенского и Тындинского районов, г. Тынды, ГБУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» и ГБУЗ АО «Городская больница ЗАТО Углегорск»).

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования предусматривают компенсацию расходов медицинской организации на весь комплекс мероприятий по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Формы оказания первичной медико-санитарной помощи:

- неотложная – медицинская помощь, оказываемая в поликлинике и на дому при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

- плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и

состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

При отсутствии возможности оказания прикрепившимся 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 Соглашением тарифам (с учетом расходов на содержание);

- за медицинскую услугу (лабораторные, инструментальные исследования) по тарифам, согласованным сторонами договора при его заключении.

Порядок информационного обмена и форма реестров для расчетов между медицинскими организациями приведен в приложении № 29.

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.

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

- а) оплата за посещение:

- оплата медицинской помощи, оказанной врачами – специалистами консультативных поликлиник (ГБУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер», ГБУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер») осуществляется при наличии направления из медицинской организации по месту оказания первичной медико-санитарной помощи.

Без направления осуществляется оказание медицинской помощи пациентам, нуждающимся в дополнительной консультации и обследовании по заключению специалистов данной консультативной поликлиники, либо иной консультативной поликлиники для установления (уточнения) диагноза

и коррекции лечения. Без направления может осуществляться прием граждан врачами-онкологами и врачами-дерматологами консультативных поликлиник, осуществляющих первичный прием.

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

- оплата медицинской помощи, оказанной врачами травматологической поликлиники, травматологического пункта и женской консультации (ГБУЗ АО «Благовещенская городская больница», ГБУЗ АО «Свободненская больница») – исключен с 01.03.2013 г.;

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

- оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной врачами, ведущими амбулаторный прием, медицинских организаций, расположенных на территории Благовещенского и Тындинского районов, г. Тынды и ЗАТО Углегорск – исключен с 01.03.2013 г.;

- оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной врачами, ведущими амбулаторный прием, ГБУЗ АО «Свободненская больница» и ГБУЗ «Свободненская городская поликлиника» гражданам по направлению от ГБУЗ АО «Городская больница ЗАТО Углегорск» – исключен с 01.03.2013 г.;

- оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации;

- оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной врачами, ведущими амбулаторный прием и медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием, медицинских организаций, расположенных на территории Амурской области с 01.03.2013 года;

- оплата посещения к акушеру-гинекологу с проведением инвазивных методов диагностики и лечения (аспирационная биопсия эндометрия, миниаспирация, гистероскопия и другие методы с применением внутривенного или иного наркоза) осуществляется с применением повышающего коэффициента 2,4 к стоимости посещения по поводу заболевания с 01.03.2013 года;

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

б) оплата за обращение:

- оплата по законченному случаю первичного обращения в Центр здоровья, включающего комплексное обследование;
- оплата по законченному случаю при проведении первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- в) оплата за медицинскую услугу:
 - оплата при проведении сеансов гемодиализа и перитонеального диализа;
 - оплата по стоимости 1 УЕТ при оказании стоматологической помощи осуществляется в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости согласно приложению № 30.

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.

- оплата лабораторных и инструментальных исследований при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.

5.8. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

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

б) оплата медицинской помощи за законченный случай заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи, осуществляется по клинико-профильной группе (КПГ). Для медицинских организаций городского уровня, на базе которых находятся клинические кафедры ГБОУ ВПО Амурская АГМА Минздрава России применять к тарифам повышающий коэффициент – 1,015.

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

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.

5.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

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 за законченный случай лечения заболевания в дневном стационаре с проведением оперативных вмешательств, 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) оплата за законченный случай оказания медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) по направлению Министерства здравоохранения Амурской области осуществляется по завершению процедуры ЭКО. В тариф включены все расходы медицинской организации (включая расходы на содержание) при проведении процедуры ЭКО (медицинская помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара).

5.10. 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):

а) оплата по подушевому нормативу финансирования;

б) оплата за вызов скорой медицинской помощи:

- оплата за вызов скорой медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, расположенными на территории Благовещенского и Тындинского районов, г. Тында, ЗАТО Углегорска;

- оплата 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.

5.11. 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.

5.12. 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».

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

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

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».

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.

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 № 31.

- 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 № 32.

7. Прочие условия

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

7.2. Настоящее Соглашение распространяется на отношения, возникшие с 1 января 2013 года.

Заместитель председателя
Правительства Амурской
области - министр
здравоохранения

Н.Л.Тезиков

2013г.

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Амурской области

Т.П.Гаврилова

2013 г.

Директор НП «Ассоциация
медицинских работников
Амурской области»

М.П.Гулевич

2013 г.

Председатель Амурской
областной организации
профсоюза работников
здравоохранения

Л.М.Комарова

2013г.

Генеральный директор
ОАО «МСК» Дальмедстрах»

Е.Я.Дьячкова

2013 г.

И.о. директора филиала
«Амурский» ЗАО «Страховая
группа «Спасские Ворота-М»

О.А.Паршина

2013 г.