

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗЫВАЕМОЙ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА НА 2016 ГОД**

«30» декабря 2015 г.

г. Нарьян-Мар

Департамент здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа (далее - Департамент), в лице заместителя губернатора Ненецкого автономного округа – руководителя Департамента здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа Семяшкиной Нинель Алексеевны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ненецкого автономного округа (далее – ТФОМС НАО), в лице директора Меринова Алексея Александровича,

Общество с ограниченной ответственностью «Росгосстрах – Медицина» (далее - СМО), в лице директора филиала "Росгосстрах-Нарьян-Мар-Медицина" Моссева Максима Ивановича,

Объединения профсоюзов учреждений здравоохранения Ненецкого автономного округа (далее – Объединение профсоюзов), в лице председателя Совета Борчаковской Елены Ивановны,

имеуемые в дальнейшем Сторонами, заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ненецкого автономного округа на 2016 год (далее – Тарифное соглашение) по реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТПОМС) о нижеследующем.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Сведения об основаниях заключения Тарифного соглашения

Настоящее тарифное соглашение разработано и заключено в целях реализации Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями), Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями), постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 г. №1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 г. № 158н (далее – Правила ОМС), Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования, утверждёнными 24.12.2015 г. заместителем министра здравоохранения Российской Федерации Н.А. Хоровой и председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённого приказом Федерального фонда обязательного

медицинского страхования (далее – ФОМС) от 01.12.2010 г. № 230 (с изменениями), приказом ФОМС от 18.11.2014 г. № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», письма ФОМС от 24.12.2012 г. № 9939/30-и «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» и соответствует Требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленным приказом ФОМС от 18.11.2014 г. № 200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

1.2. Используемые понятия и сокращения

ОМС – обязательное медицинское страхование.

МО - медицинские организации и учреждения здравоохранения, работающие в системе ОМС Ненецкого автономного округа.

Застрахованный – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Комиссия - Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Полис ОМС – документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

ТПГГ - Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ненецкого автономного округа на 2016 год, устанавливающая:

- перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;

- нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;

- порядок и условия предоставления медицинской помощи, включая порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, донорской кровью и (или) ее компонентами, лечебным питанием (в том числе специализированными продуктами лечебного питания) по медицинским показаниям, на основе стандартов медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи;

- перечень медицинских организаций, участвующих в реализации ТПГГ, в том числе ТПОМС;

- сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических исследований, а также ожидания консультаций врачей-специалистов;

- целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках ТПГГ.

ТПОМС – составная часть ТПГТ, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Ненецкого автономного округа и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Тарифы на медицинскую помощь (услуги) в системе ОМС (далее - тарифы ОМС) - денежные суммы за фактически оказанные МО и принятые к оплате СМО, объемы медицинской помощи (услуг).

Базовая ставка финансового обеспечения стационарной медицинской помощи - территориальный норматив (средний объем) финансового обеспечения стационарной медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента;

Дифференцированный подушевой норматив финансирования СМО – денежные средства, выделяемые ТФОМС НАО в адрес СМО на выполнение ТПОМС в расчете на одного застрахованного по ОМС. Дифференцированный подушевой норматив финансирования СМО рассчитывается в установленном порядке в рамках ТПОМС.

Случай госпитализации - законченный случай лечения в стационарных условиях, включающий в себя совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре, в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

Законченный случай – способ оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включенных в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний), а также первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях округа детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, периодических медицинских осмотров несовершеннолетних и диспансеризации отдельных групп взрослого населения.

Посещение – (с профилактической целью, по заболеваемости и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках территориальной программы государственных гарантий, в том числе программы обязательного медицинского страхования. Посещение - это контакт лица, обратившегося за медицинской помощью, консультацией, получением медицинского заключения или по другому поводу с врачом в амбулаторно-поликлиническом учреждении и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, а также оказание помощи на дому, с оформлением первичной медицинской документации в установленном порядке.

Вызов скорой медицинской помощи - единица учета скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи - объем финансирования МО, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рассчитанный на одного застрахованного по ОМС (прикрепленного).

Подушевой норматив амбулаторной медицинской помощи - объем финансирования МО, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, рассчитанный на одного застрахованного по ОМС (прикрепленного).

Условная единица трудоемкости (далее - УЕТ) - норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку).

При пересчете УЕТ в посещения в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации используются переводные коэффициенты, сложившиеся в Ненецком автономном округе с учетом используемых ресурсов и технологий.

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

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара - коэффициент позволяющий учесть различия размеров расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

Коэффициент относительной затратноёмкости - поправочный коэффициент, характеризующий отношения затратноёмкости к базовой ставке финансового обеспечения.

Управленческий коэффициент - коэффициент по КСГ к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если в субъекте Российской Федерации для данной КСГ определен указанный коэффициент).

Коэффициент сложности лечения пациента - коэффициент, который используется в расчетах, в случае если в субъекте Российской Федерации установлен указанный коэффициент.

Реестр счетов - документ, включающий в себя персонифицированные сведения о пролеченном больном и персонифицированные сведения об оказанной ему медицинской помощи на основе данных медицинской документации. В реестр счетов включены сведения в соответствии с применяемыми способами оплаты медицинской помощи.

1.3. Предмет тарифного соглашения. Общие принципы

1.3.1. Тарифное соглашение определяет общие принципы и способы оплаты из средств ОМС медицинской помощи, оказанной МО по видам и в объеме утверждённой ТПОМС.

Настоящее Тарифное соглашение распространяется на все медицинские организации, участвующие в выполнении и реализации утвержденной ТПОМС (в составе ТПГГ).

1.3.2. Виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структура тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи,

оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Ненецком автономном округе за счет средств ОМС, критерии доступности и качества медицинской помощи, требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются в рамках ТПОМС, утвержденной в составе ТПГГ.

Оплата медицинской помощи (первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе скорой (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в рамках утвержденной ТПОМС (в составе ТПГГ) осуществляется в зависимости от размера поступивших на счета ТФОМС НАО финансовых средств, предназначенных на финансирование указанных выше объемов медицинской помощи (утвержденных ТПОМС), с учетом уровня, объема и качества оказанной медицинской помощи, на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Объемы медицинской помощи, установленные ТПОМС на 2016 год, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи в других субъектах жителям, застрахованным в Ненецком автономном округе.

Объемы медицинской помощи распределяются медицинским организациям Комиссией на год с поквартальной разбивкой с последующей корректировкой при необходимости, исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, права выбора медицинской организации и врача с учетом:

- количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, и показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных ТПОМС, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов, условий оказания медицинской помощи и врачебных специальностей;

- показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных ТПОМС, с учетом медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационара, врачебных специальностей, видов и условий оказания медицинской помощи медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц.

Медицинские организации заключают договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с учетом, распределенных Комиссией, объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения.

1.3.3. Оплата медицинской помощи, оказанной МО, осуществляется по тарифам, утвержденным в установленном порядке.

При расчете тарифов используется базовая ставка финансового обеспечения для медицинской помощи, оказываемой в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах всех типов. Базовая ставка включает расходы по основной понологической группе, в том числе на реанимационные услуги, анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические исследования, консультации специалистов, другие медицинские услуги параклинических подразделений.

Базовая ставка финансового обеспечения определяется исходя из следующих параметров:

- общего объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи по нормативам, установленным программой ОМС;
- частоты случаев госпитализации по объемам медицинской помощи в стационарах и дневных стационарах по каждой МО и каждой КСГ.

Базовая ставка на плановый период (год) подлежит корректировке в случае изменения факторов, влияющих на ее величину.

1.3.4. Из средств ОМС не оплачивается медицинская помощь гражданам, не застрахованным в системе ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.3.5. В соответствии с Правилами ОМС и приказом ФОМС от 16.04.2012 г. № 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования» ТФОМС НАО осуществляет проверки СМО и МО.

1.3.6. ТФОМС НАО производит проверку двойной оплаты по пролеченным гражданам. При выявлении случаев предъявления МО счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному гражданину, в нескольких СМО и его оплаты, ТФОМС НАО определяет принадлежность данного застрахованного к одной из СМО и доводит данную информацию до СМО. ТФОМС НАО или СМО удерживают в последующем периоде необоснованно выплаченные МО финансовые средства, выявленные при проверке как двойная оплата по пролеченным гражданам.

1.3.7. СМО или ТФОМС НАО оплачивает медицинскую помощь, оказанную МО, перечислением денежных средств на лицевой счет МО по учету средств ОМС.

1.3.8. МО обязаны вести отдельный от других источников финансирования, учет средств ОМС и отдельный учет фактических расходов средств ОМС по статьям расходов классификации операций сектора государственного управления с разбивкой по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, стационарной и скорой медицинской помощи.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В НЕНЕЦКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ

В системе обязательного медицинского страхования на территории Ненецкого автономного округа применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

- оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях;
- оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;
- оплата медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах;
- оплата скорой медицинской помощи.

2.1. Способ оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.1.1. Финансовое обеспечение специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, основано на объединении заболсваний в группы КСГ.

Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях осуществляется по стоимости случая лечения, входящего в соответствующую группу КСГ в соответствии со способами оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на основе групп заболеваний, изложенных в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2015г. № 11-9/10/2-7938), утверждённых 24.12.2015г. заместителем министра здравоохранения России Н.А. Хоровой и председателем ФОМС Н.Н. Стадченко.

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 г. №1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

В случае оказания пациенту оперативного лечения по хирургической группе, по которой стоимость по затратноёмкости меньше, чем по терапевтической группе, к которой можно было отнести в соответствии с кодом по МКБ-10, оплата осуществляется с применением тарифа по терапевтической группе.

Оплата специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по законченному случаю лечения производится с применением утвержденных тарифов (стоимости) законченного случая лечения, в том числе, включенного в соответствующую КСГ.

2.1.2. Финансирование по законченному случаю лечения осуществляется по заранее рассчитанной и утвержденной стоимости законченного случая, которая рассчитывается с применением ежегодно устанавливаемых нормативов финансовых затрат с учетом анализа фактических результатов деятельности за прошлые отчетные периоды, показателей финансового обеспечения объемов медицинской помощи.

2.1.3. Учет законченных случаев лечения заболевания, оказанного в стационарных условиях (в том числе прерванного случая при преждевременной выписке, переводе в другую МО, летальном исходе) осуществляется на основе учетной формы № 066/у-02 «Статистическая карта вышедшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», по форме приложения № 5 к приказу Минздрава России от 30.12.2002 г. № 413 и подается к оплате СМО как законченный случай лечения.

В случае проведения медицинского вмешательства при оказании медицинской помощи в условиях стационара код медицинской услуги в учетной форме № 066/у-02, а также в реестре счетов на оплату медицинской помощи застрахованным указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 27.12.2011 г. № 1664н.

2.1.4. Порядок оплаты случаев сверхкороткого пребывания.

К сверхкоротким относят случаи, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее (без учета исхода госпитализации), кроме КСГ, которые являются исключением, перечень которых представлен в таблице №1, по которым оплата осуществляется в полном объёме независимо от длительности лечения.

При этом, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Таблица № 1

Перечень КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения	
№ КСГ	Наименование КСГ
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
83	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
84	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина
97	Сотрясение головного мозга
140	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
148	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
149	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
153	Ремонт и замена речевого процессора
154	Операции на органе зрения (уровень 1)
155	Операции на органе зрения (уровень 2)
179	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
200	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
252	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)
295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
299	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

2.1.5. Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в рамках круглосуточного стационара, в случае, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат

100% оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением сверхкоротких случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом ТФОМ НАО и СМО по каждому указанному случаю проводит медико-экономическую экспертизу и, при необходимости, экспертизу качества медицинской помощи.

Если перевод из одного отделения в другое производится в пределах одной медицинской организации, а заболевание относится к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.1.6. Перечень случаев, для которых установлен КСЛП в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования, утверждёнными 24.12.2015г. заместителем министра здравоохранения Российской Федерации Н.А. Хоровой и председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко:

Таблица № 2

№	Случай, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом, а также необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет)	1,1
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)	1,02
3	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента	1,1
4	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,1
5	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний	1,05
6	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ	1,3
7	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	1,0
8	Проведение сочетанных хирургических вмешательств	1,2
9	Проведение однотипных операций на парных органах	1,2

2.1.7. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Ненецкая окружная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер».

2.2. Способ оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.2.1. Разрешенные способы оплаты 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, за посещение, за обращение (законченный случай).

2.2.2. Объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, включает в себя:

а) посещение с профилактической целью, законченный случай первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях округа детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, периодических медицинских осмотров несовершеннолетних и диспансеризации отдельных групп взрослого населения;

б) посещение с иными целями, в том числе в связи с заболеваниями, из них: оказание медицинской помощи в неотложной форме, активное посещение, включая консультации врачей - специалистов, диспансерное наблюдение.

2.2.3. Медицинские организации ведут отдельный учет посещений по объемам медицинской помощи, оказываемым с профилактической целью, посещений по поводу заболеваний, посещений, оказываемых в связи с неотложной медицинской помощью.

2.2.4. Диспансеризация и профилактические осмотры определенных категорий граждан в рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются, в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата диспансеризации и профилактических медицинских осмотров осуществляется по законченному случаю с учетом этапов ее проведения.

Первый этап считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола, при этом обязательным является анкетирование и прием врача-терапевта, следует отметить, что осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров должны составлять не более 15%.

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении

диспансеризации как законченный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

Таким образом, данный случай в статистической отчетности медицинской организации учитывается как законченный случай диспансеризации, но оплата осуществляется не по тарифу за законченный случай диспансеризации, а по способам оплаты принятым территориальной программой.

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр и соответственно оплата осуществляется по тарифам, установленным для профилактического осмотра взрослого населения.

Второй этап диспансеризации и профилактических медицинских осмотров оплачивается за посещения к специалистам по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования выделяется из подушевого норматива оплата диспансеризации, профилактических осмотров, медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, оказанной врачами-специалистами, указанными в Перечне специальностей, указанных в Порядке взаимодействия участников ОМС, участвующих в реализации подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи, установленном в Приложении №1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.5. Для центров здоровья, входящих в состав медицинских организаций, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения и направленными в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья:

- медицинской организацией по месту прикрепления;
- медицинскими работниками образовательных учреждений;
- врачом, ответственным за проведение диспансеризации определенных групп населения из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний).

Медицинские организации, в которых созданы центры здоровья, участвуют в реализации территориальной программы ОМС в части оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи в этих структурных подразделениях.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями врачебно-физкультурных диспансеров, центров охраны здоровья семьи и репродукции, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медицинской профилактики осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с МКБ-10 по классу Z00-Z99 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения». При этом объемы оказанной первичной медико-

санитарной помощи подлежат учету, контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, экспертизе качества медицинской помощи) и оплате в соответствии с тарифами и способами оплаты данного вида медицинской помощи, принятыми в рамках тарифного соглашения, действующего на территории Ненецкого автономного округа.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья гражданам, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

2.2.6. Посещения, сделанные в течение дня больным к одному и тому же врачу, учитываются как одно посещение. Исключение составляют посещения врачей разных специальностей в течение дня после проведения в этот день всего необходимого объема исследований или консультаций при необходимости подготовки врачебного заключения, а также посещения к одному и тому же врачу в случае необходимости проведения более одного диагностического исследования в один день, при этом в дневниковой записи (записях) в день приема в амбулаторной карте пациента отражаются все виды патологии, повлекшие назначение исследований.

2.2.7. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

а) медицинские организации, имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц:

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Ненецкая окружная больница»;

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Центральная районная поликлиника Заполярного района Ненецкого автономного округа».

б) медицинские организации, не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай):

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Ненецкая окружная стоматологическая поликлиника»;

- Государственное бюджетное учреждение Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер»;

- Общество с ограниченной ответственностью «Федоров»;

- Общество с ограниченной ответственностью «Статус»;

- Общество с ограниченной ответственностью «Гиппократ 83»;

- Общество с ограниченной ответственностью «Цитомед».

2.2.8. Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу:

- Первичная медико-санитарная помощь, в т.ч. первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная, оказываемая в плановой и неотложной формах, при которой единицей объема является посещение.

2.2.9. Порядок формирования и ведения регистра прикрепленного населения определен в Приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3. Способ оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара.

2.3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ.

2.3.2. Оплата медицинской помощи, оказанной пациентам под наблюдением медицинского персонала в дневных стационарах, осуществляется по окончании случая лечения по установленным тарифам за законченный случай.

2.3.3. Медицинская помощь (услуга), оказанная в условиях дневных стационаров, предъявляется к оплате при выписке пациента (наступлении выздоровления, ремиссии, переводе в другую МО, летальном исходе).

Учет законченных случаев лечения заболевания в условиях дневных стационаров осуществляется на основе учетной формы № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», по форме приложения № 5 к приказу Минздрава России от 30.12.2002 г. № 413 и подается к оплате в СМО как законченный случай лечения.

В случае проведения медицинского вмешательства при оказании медицинской помощи в условиях стационара код медицинской услуги в учетной форме № 066/у-02, а также в реестре счетов на оплату медицинской помощи застрахованным указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 27.12.2011 г. № 1664н.

2.3.4. Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КСГ. При этом по каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Если перевод из одного отделения в другое производится в пределах одной медицинской организации, а заболевание относится к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.3.5. Порядок оплаты случаев сверхкороткого пребывания.

К сверхкоротким относят случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, кроме КСГ, которые являются исключением, перечень которых представлен в таблице № 2. При этом, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной

КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Таблица № 3

Перечень КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения	
№ КСГ	Наименование КСГ
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)
3	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
4	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
56	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
57	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
60	Ремонт и замена речевого процессора
62	Операции на органе зрения (уровень затрат 1)
75	Отравления и другие воздействия внешних причин
101	Операции на органах полости рта (уровень 1)

2.3.6. Перечень случаев, для которых установлен КСЛП в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования, утверждёнными 24.12.2015г. заместителем министра здравоохранения Российской Федерации Н.А. Хоровой и председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования И.Н. Стадченко:

Таблица № 4

№	Случай, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом, а также необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет)	1,1
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)	1,02
3	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента	1,1
4	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,1
5	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний	1,05
6	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ	1,3
7	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	1,0

8	Проведение сочетанных хирургических вмешательств	1,2
9	Проведение однотипных операций на парных органах	1,2

2.3.7. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара:

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Ненецкая окружная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Центральная районная поликлиника Заполярного района Ненецкого автономного округа»;
- Государственное бюджетное учреждение Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер»;
- Общество с ограниченной ответственностью «Центр инновационной эмбриологии и репродуктологии»;
- Общество с ограниченной ответственностью «ЭКО центр»;
- Общество с ограниченной ответственностью «Балтийский институт репродуктологии человека».

2.4. Способ оплаты скорой медицинской помощи

2.4.1. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется застрахованным лицам в системе ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

2.4.3. СМО финансирование расходов МО по скорой медицинской помощи осуществляет по подушевому нормативу на одно застрахованное лицо.

Основанием для направления средств в МО по подушевому способу оплаты скорой медицинской помощи для СМО является счёт, представленный МО в СМО в соответствии с Порядком взаимодействия участников обязательного медицинского страхования, участвующих в реализации подушевого финансирования скорой медицинской помощи, утвержденным Приложением 18 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.4. При оплате медицинской помощи оказываемой гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, оплачивается по утвержденным тарифам за вызов скорой медицинской помощи.

Реестр счетов и счета на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи заполняются на основании «Журнала записи вызовов скорой медицинской помощи» (форма № 109/у), «Карты вызова скорой медицинской помощи» (форма № 110/у), «Сопроводительного листа станции (отделения) скорой медицинской помощи и талона к нему» (форма № 114/у), утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 г. № 942.

Для проверки достоверности представляемых реестров в МО должно быть обеспечено хранение «Журнала записи вызовов скорой медицинской помощи»

(форма № 109/у), «Карты вызова скорой медицинской помощи» (форма № 110/у), талона к сопроводительному листу станции (отделения) скорой медицинской помощи (форма № 114/у).

2.4.5. Медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам в рамках оплаты скорой медицинской помощи не предусмотрено.

2.4.6. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь:

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Ненецкая окружная больница».

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Размер тарифов на оплату медицинской помощи

3.1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются настоящим тарифным соглашением. Размер тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчёта тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утверждённых приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 г. № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» Формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией в соответствии с законодательством Российской Федерации и, исходя из установленных программой ОМС средних нормативов. Решением Комиссии является рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения.

3.1.2. Медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС, финансируются по видам и объемам медицинской помощи в соответствии с ТПОМС, утвержденной в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ненецком автономном округе постановлением Администрации Ненецкого автономного округа от 31.12.2015 г. № 480-п «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ненецкого автономного округа на 2016 год».

Оплата медицинской помощи (услуги) производится по установленным в системе ОМС тарифам, включающим статьи и подстатьи расходов классификации сектора государственного управления, компенсируемые из средств ОМС.

3.1.3. Тарифы на медицинскую помощь в системе ОМС возмещают затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по ТПОМС и не включают в себя затраты, связанные с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не подлежит оплате за счет средств ОМС.

Финансовое обеспечение при расчете тарифов определяется исходя из следующих параметров:

- общего объема финансового обеспечения медицинской помощи по нормативам, установленным программой ОМС;

- количества случаев госпитализации по медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров;

- общего количества посещений для амбулаторно-поликлинической помощи;
- структуры коечной сети, штатной численности медицинской организации.

3.1.4. Размеры тарифов в части оказания скорой медицинской помощи, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи, установлены в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.5. Размеры тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установлены в Приложениях № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.6. Размеры тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установлены в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.7. Размеры тарифов в части оказания стоматологической медицинской помощи, установлены в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.8. Размеры тарифов по законченным случаям диспансеризации отдельных групп взрослого населения, установлены в Приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.9. Размеры тарифов по законченным случаям диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, установлены в Приложении № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.10. Размеры тарифов по законченным случаям профилактического медицинского осмотра взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), установлены в Приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.11. Размеры тарифов по законченным случаям профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, установлены в Приложении № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.12. Размеры тарифов по законченным случаям предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, установлены в Приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.13. Размеры тарифов по законченным случаям периодических медицинских осмотров несовершеннолетних, установлены в Приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.14. Распределение медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования на территории Ненецкого автономного округа, установлено в Приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.15. Размеры тарифов в части оказания амбулаторной медицинской помощи установлены в Приложении № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи

3.2.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя 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 медицинской организации), 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.

3.2.2. Расходы на заработную плату формируются в соответствии с нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации и законодательства Ненецкого автономного округа, регулирующими вопросы оплаты труда работников здравоохранения.

3.2.3. В тарифы на оплату медицинской помощи, в части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера (в том числе врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях), предусматривающих рост заработной платы в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 г. № 2599-р «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», постановлением Администрации Ненецкого автономного округа от 12.11.2013 г. № 408-п «Об утверждении государственной программы Ненецкого автономного округа «Развитие здравоохранения Ненецкого автономного округа».

3.2.4. В составе финансового обеспечения денежных выплат стимулирующего характера предусматриваются расходы:

а) 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;

б) 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;

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

г) специалистам с высшим медицинским образованием, включенным в Перечень должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующим в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи на территории Ненецкого автономного округа, утвержденный приказом Управления здравоохранения Ненецкого автономного округа (далее – Перечень);

д) специалистам со средним медицинским образованием, включенным в Перечень.

3.2.5. Денежные выплаты указанным медицинским работникам производятся с учетом критериев и системы оценки эффективности деятельности медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Ненецкого автономного округа, согласно приказу Управления здравоохранения Ненецкого автономного округа от 08.05.2013 г. № 15, а также в соответствии с постановлением Администрации Ненецкого автономного округа от 06.09.2011 г. № 195-п «Об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Ненецкого автономного округа».

4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

4.1. К МО, участвующим в реализации ТПОМС применяются санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

4.2. Перечень санкций применяемых к медицинским организациям, за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в виде неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установлен в Приложении № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Срок действия тарифного соглашения и порядок его изменения

5.1.1 Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1.01.2016 г., и действует до принятия нового.

5.1.2. Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по взаимному согласию всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме в виде дополнительных соглашений к Тарифному соглашению и являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения с момента их подписания Сторонами.

5.2. Порядок индексации тарифов и иные аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

5.2.1. Тарифы по мере необходимости с учетом реальных условий, складывающихся в деятельности МО и с учетом финансовых средств, поступающих в бюджет ТФОМС НАО на финансирование мероприятий в рамках утвержденной ТПОМС, могут корректироваться как в сторону повышения, так и в сторону понижения. К тарифам, утвержденным в установленном порядке, при необходимости применяются повышающие или понижающие коэффициенты индексации (в том числе коэффициенты уровня оказания медицинской помощи).

При введении новых тарифов на медицинские услуги или их изменении оплата медицинской помощи производится по тарифам, действующим на день окончания лечения, за исключением случаев проведения диспансеризации, оплачиваемых в соответствии с пунктом 2.2.4. настоящего Тарифного соглашения.

5.2.2. Реестры счетов формируются в соответствии с требованиями, установленными в Приложении № 16 «Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате xml» и в Приложении № 17 «Порядок составления реестров счетов на оплату оказанной медицинской помощи» к настоящему Тарифному соглашению.

а) медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактических медицинским осмотрам взрослого населения;

б) оказанной высокотехнологичной медицинской помощи;

в) медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактических медицинским осмотрам взрослого населения:

- диспансеризация определенных групп взрослого населения,
- профилактические медицинские осмотры взрослого населения,
- диспансеризация прибывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,
- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей,
- медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические),
- медицинские осмотры несовершеннолетних (предварительные),
- медицинские осмотры несовершеннолетних (периодические).

5.2.3. МО предоставляет к оплате счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

Срок предоставления счетов и реестров счетов медицинскими организациями может быть увеличен до 45 календарных дней с даты оказания медицинской помощи в связи с проводимой медицинскими организациями выездной работой в населенные пункты Ненецкого автономного округа, при этом в сопроводительном письме указывается вид медицинской помощи и причины несвоевременного предоставления данных (наименование населенного пункта, где проводилась выездная работа и сроки ее проведения).

Срок предоставления счетов и реестров счетов медицинскими организациями может быть увеличен до 90 календарных дней с даты оказания медицинской помощи в связи с проводимыми профилактическими медицинскими осмотрами взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше); профилактическими, предварительными и периодическими медицинскими осмотрами несовершеннолетних; диспансеризацией отдельных групп взрослого населения; диспансеризацией пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

5.2.4. Заполненный реестр счетов и счет заверяются подписями главного врача и главного бухгалтера МО, печатью.

5.2.5. Уровень средней заработной платы работников МО, функционирующих в системе ОМС в 2016 году, должен быть не ниже среднего уровня заработной платы медицинских работников 2015 года, с учётом выполнения критериев эффективности работы.

5.2.6. Расчёты между участниками ОМС за оказанную медицинскую помощь, осуществляются в соответствии с требованиями Правил обязательного медицинского страхования и условиями договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемого между ТФОМС НАО и СМО, и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемого между СМО и МО.

5.2.7. Оплата счетов МО за медицинскую помощь (услуги), оказанную гражданам, и признанных достоверными для оплаты медицинской помощи (услуг), производится СМО ежемесячно за счет средств ОМС, предназначенных на финансирование ТПОМС.

5.2.8. СМО направляет средства на оплату медицинской помощи в МО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемым с МО, включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации ТПОМС и которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС.

5.2.9. Оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии со способами оплаты, установленными разделом 2 настоящего Тарифного соглашения, на основании отчетных и финансовых документов, ежемесячно предъявляемых МО в СМО - за медицинскую помощь, оказанную застрахованным данной СМО гражданам в соответствии с заключенными между СМО и МО договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

5.2.10. Из средств ОМС оплачиваются объемы медицинской помощи, утвержденные в ТПОМС, являющейся составной частью ТППГ. Финансирование расходов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь (услуги) застрахованному населению в рамках утвержденной ТПОМС осуществляется из средств, утвержденных в бюджете ТФОМС НАО на финансирование расходов в рамках ТПОМС по видам расходов, указанных в разделе 3 настоящего Тарифного соглашения в пределах, распределенных Комиссией, объемов предоставления медицинской помощи и средств их финансового обеспечения.

Объемы медицинской помощи и их финансовое обеспечение СМО и МО устанавливаются решением Комиссии с поквартальной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

5.2.11. ТФОМС НАО в соответствии с разделом IX Правил ОМС производит оплату медицинской помощи, оказанной в МО Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным за пределами территории Ненецкого автономного округа, а также оплату медицинской помощи, оказанной в МО за пределами Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным на территории Ненецкого автономного округа. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Ненецкого автономного округа, МО, находящимися в других субъектах Российской Федерации и не включенными в реестр медицинских организаций,

осуществляющих деятельность в сфере ОМС Ненецкого автономного округа, осуществляется по видам, включенным в базовую программу ОМС, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи в порядке, установленном для организации межтерриториальных взаиморасчетов.

5.2.12. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления МО медицинской помощи по ОМС, проводимых ТФОМС НАО и СМО, определен перечень оснований (санкций) для неоплаты (отказа) или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусмотренный разделом 4 данного Тарифного соглашения.

5.2.13. Объем плановых экспертиз для скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической, стационарной и оказанной в условиях дневного стационара медицинской помощи, определен Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок), утвержденным Приказом ФОМС от 01.12.2010 г. № 230 (в действующей редакции).

Объем ежемесячных плановых экспертиз, проводимых страховыми медицинскими организациями, определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с пунктом 51 раздела VII Порядка.

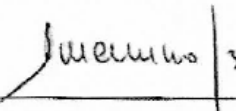
Подписи Сторон:

Департамент



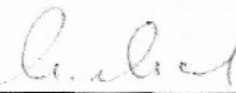
/Н.А. Семашкина/

ТФОМС НАО



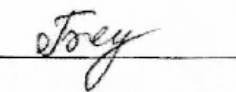
/А.А. Меринов/

СМО



/М.И. Мосеев/

Объединение профсоюзов



/Е.И. Борчаковская/