

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
о реализации территориальной программы
обязательного медицинского страхования
Костромской области на 2017 год

«18» января 2017 г.

г. Кострома

Департамент здравоохранения Костромской области (далее – Департамент здравоохранения) в лице директора департамента Нечаева Е.В., территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области (далее – ТФОМС) в лице директора Николаева В.Е., страховые медицинские организации (далее – СМО) в лице:

- директора филиала ООО «РГС-Медицина» «Росгосстрах-Кострома-Медицина» г. Костроме Лысовой С.С., уполномоченного представителя от страховых медицинских организаций,

- Костромская областная организация профсоюза работников здравоохранения (далее - Организация профсоюза) в лице председателя Лебедько П.В.,

- Региональная общественная организация «Ассоциация врачей Костромской области» в лице председателя совета Титова С.П.,

заключили настоящее Тарифное соглашение **о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области на 2017 год** (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

1) Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

2) Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

3) Постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

4) Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила);

5) Приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

6) Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 г. № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

7) Постановлением администрации Костромской области от 29.12.2016 № № 535-а «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Костромской области на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов»;

8) Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 22 декабря 2016 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-8/10/2-8266 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 12578/26/и)

и другими федеральными и региональными нормативными правовыми актами, регулирующими отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием.

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС), их структуру, порядок применения, в том числе способы оплаты медицинской помощи, порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Костромской области при оплате медицинской помощи и порядок использования средств обязательного медицинского страхования.

1.3. Основные понятия, используемые в Тарифном соглашении:

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

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

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратно-емкости – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент затратно-емкости клинико-статистической группы заболеваний, отражающий отношение ее затратно-емкости к базовой ставке.

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

Управленческий коэффициент – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и/или учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

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

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

Оплата медицинской помощи за услугу в условиях круглосуточного и дневного стационаров – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Тарифным соглашением.

Оплата медицинской помощи за услугу в амбулаторно-поликлинических условиях – мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Законченный случай лечения в условиях круглосуточного и дневного стационаров – совокупность медицинских услуг 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 выписки.

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.

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

Прикрепленное население – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию, получающие медицинские услуги в медицинской организации по месту жительства (пребывания), работы или по выбору застрахованного лица и включенные в поименные списки, образующие участки обслуживаемого населения (фельдшерские, терапевтические (в том числе цеховые), педиатрические, врача общей практики (семейного врача), комплексные).

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения – медицинские организации, организационная структура которых не предусматривает наличие участков прикрепленного населения.

Подушевое финансирование - способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленного населения и размера подушевого норматива финансирования.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования – сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц (населения) в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи, предназначенная для определения объема подушевого финансирования.

Детское население – застрахованные лица в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев 29 дней включительно.

Взрослое население – застрахованные лица в возрасте от 18 лет и старше.

Возраст пациента – возраст обратившегося застрахованного лица, определяемый на дату первичного обращения в медицинскую организацию (например, на дату первого посещения в обращении, на дату поступления в приемный покой и т.п.).

Реестр медицинской помощи – сведения персонифицированного учета об оказанной медицинской помощи, содержащие информацию о случаях оказания медицинской помощи в объеме, предусмотренном частью 4 ст. 44 Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в порядке и форматах, определяемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Первичный счет на оплату медицинской помощи (основной счет) – счет за оказанную медицинскую помощь, включающий случаи оказания медицинской помощи, предъявляемые к оплате впервые, в отношении которых не проводился медико-экономический контроль. В первично представленный медицинской организацией счет и реестр счетов на оплату медицинской помощи могут включаться случаи оказания медицинской помощи, завершающиеся за три месяца до месяца предъявления счета. Медицинские организации имеют право предъявлять основные счета со случаями оказанной медицинской помощи, завершающимися до 25 числа (включительно) отчетного периода с возможностью предоставления случаев оказания медицинской помощи, завершающихся после 25 числа в последующие отчетные периоды. Включение в основной счет и реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, отклоненных от оплаты по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля, не допускается.

Повторный счет (исправленный счет) – счет, включающий случаи оказания медицинской помощи, отклоненные от оплаты по результатам медико-экономического контроля.

При оказании скорой медицинской помощи:

Не идентифицированные (не застрахованные) граждане – граждане, сведения о которых отсутствуют в региональном и федеральном сегментах единого регистра застрахованных лиц и/или невозможна идентификация гражданина по сведениям, содержащимся в реестре оказанной медицинской помощи.

Безрезультатный вызов - это случаи, когда больного не оказалось на месте, вызов был ложным (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали), не найден адрес, указанный при вызове, пациент оказался практически здоровым и не нуждался в помощи, больной умер до приезда бригады скорой медицинской помощи, больной увезен до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной отказался от помощи (осмотра), вызов отменен.

1.4. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ, пунктом 110 Правил ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных МО реестров оказанной медицинской помощи и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области, по тарифам на оплату медицинской помощи. Объемы предоставления медицинской помощи распределяются и устанавливаются решением Комиссии между медицинскими организациями и между страховыми медицинскими организациями на год, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

1.5. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области (далее – ТФОМС) в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, разрабатывает и утверждает порядок и форматы информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО.

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника:

- 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).

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население включает в себя финансовые средства на оказание первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной, в том числе специализированной, медицинской помощи в плановой форме, оказываемой структурными подразделениями медицинских организаций, в том числе обособленными структурными подразделениями медицинских организаций, размещенными в организациях, осуществляющих образовательную деятельность;

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

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

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

3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения):

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

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

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

2.2. Перечень медицинских организаций и применяемых в них способов оплаты медицинской помощи установлен в Приложении № 1.1 к Тарифному соглашению.

2.3. Единицы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, установлены в Приложении № 1.2 к Тарифному соглашению.

2.4. Единицы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых не входит в подушевой норматив финансирования, установлены в Приложении № 1.3 к Тарифному соглашению.

2.5. Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения в условиях круглосуточного и дневного стационаров, установлен в Приложении № 2 к Тарифному соглашению.

2.6. Перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам, установлен в Приложении № 13 и 13.1 к Тарифному соглашению.

2.7. За счет межбюджетных трансфертов из бюджета Костромской области, передаваемых территориальному фонду обязательного медицинского страхования Костромской области (Приложение № 20) осуществляется финансовое обеспечение по подушевому нормативу финансирования дополнительных видов и условий в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования:

1) социально значимых видов медицинской помощи (за исключением видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования), а также государственных услуг (работ), не являющихся страховыми случаями по обязательному медицинскому страхованию (в т.ч. констатация смерти медицинскими работниками вне медицинской организации, выдача медицинского заключения о причине смерти);

2) скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи при заболеваниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, оказываемой не застрахованным и/или не идентифицированным по обязательному медицинскому страхованию гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также безрезультатные выезды бригад скорой медицинской помощи;

3) структурных подразделений медицинских организаций, не осуществляющих деятельность по обязательному медицинскому страхованию (отделения переливания крови, СПИД-лаборатории, патолого-анатомические подразделения).

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи - группа ценовых показателей, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по оказанию медицинской помощи,

предусмотренной территориальной Программой обязательного медицинского страхования. Тарифы формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами обязательного медицинского страхования, на основе стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для всех страховых медицинских организаций, реализующих программу ОМС. В целях настоящего раздела под «тарифом» также понимается подушевой норматив финансирования на прикрепленное население (в амбулаторных условиях) и подушевой норматив финансирования (для скорой медицинской помощи).

3.2. Тарифы рассчитаны с учетом затрат медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), мощности медицинских организаций, территориальной удаленности, фактически оказанных объемов медицинской помощи и плановых (прогнозных) показателей на 2017 год в пределах средств, предусмотренных в бюджете ТФОМС на выполнение ТП ОМС.

3.3. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции, полученной из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, 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.

3.4. Структура тарифа включает уровень возмещения и состав компенсируемых расходов, включенных в тариф на оплату медицинской помощи, устанавливаемый с указанием долей расходования средств в процентах по видам расходов, установленным структурой тарифа, в разрезе условий оказания медицинской помощи:

- 1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;
- 2) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;
- 3) приобретение продуктов питания;

4) прочие статьи расходования средств
в соответствии с Приложением № 3 к Тарифному соглашению.

3.5. Порядок использования медицинскими организациями средств территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах установленной структуры тарифа установлен Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

3.6. Методика расчета тарифов на оплату единиц объема медицинской помощи и формирования подушевого финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области, представлена в Приложении № 5 к Тарифному соглашению.

Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

и (или) паллиативную медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.7. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования производится:

3.7.1. в амбулаторных условиях:

1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население в соответствии с Приложением № 6.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, – сумма финансовых средств по всем статьям расходов, включенным в структуру тарифа по обязательному медицинскому страхованию в расчете на одно прикрепленное застрахованное лицо.

В подушевой норматив финансирования включается объем первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказываемой:

- врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и фельдшерами, на которых возложены функции лечащего врача, включенными в Регистр медицинских работников, имеющих право осуществлять самостоятельный амбулаторный прием, оказывать помощь в условиях дневного стационара;

- врачами-специалистами;

- средним медицинским персоналом фельдшерско-акушерских пунктов.

В расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, включаются расходы на:

- содержание фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов;

- содержание структурных подразделений медицинских организаций, в том числе обособленных структурных подразделений, размещенных в организациях, осуществляющих общеобразовательную деятельность;

- проведение лечебно-диагностических, профилактических, консультативных и реабилитационных мероприятий (инструментальных, лабораторных и рентгенологических исследований, физиотерапевтического лечения и лечебного массажа, лечебной физкультуры, услуг логопедов и т.д. в том числе, проводимые в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования));

- проведение диспансерного наблюдения больных хроническими инфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития (при этом единицей объема оказанной медицинской помощи является обращение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца).

В подушевой норматив финансирования на прикрепленное население не входит и оплачивается за единицу объема медицинской помощи:

- медицинская помощь, оказываемая в отделениях (кабинетах) неотложной медицинской помощи поликлиники;

- стоматологическая помощь;

- медицинская помощь по профилям «акушерство и гинекология», «акушерское дело»;

- медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- медицинская помощь, оказываемая в «Центрах здоровья»;

- медицинская помощь, для которой установлен способ оплаты – за медицинскую услугу (для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, «Школа пациента» оплачивается в рамках подушевого финансирования, за исключением «Школы для беременных»);

- медицинская помощь по профилю «нефрология» при проведении процедур диализа;

- мероприятия по проведению всех видов диспансеризаций и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядка,

проведения которых установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти:

а) диспансеризация определенных групп взрослого населения (Приложения № 7а и 7б);

б) диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение № 8);

в) диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приложение № 8);

г) профилактические (Приложение № 9), предварительные (Приложение № 10) и периодические (Приложение № 11) медицинские осмотры несовершеннолетних;

д) профилактические медицинские осмотры взрослого населения (Приложение № 12);

е) медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (Приложение № 12.1).

2) по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (Приложение № 13, 13.1), за посещение, за обращение (законченный случай) в соответствии с приложением № 14 - при оплате медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения; при оплате медицинской помощи, не вошедшей в подушевой норматив финансирования; а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

3) по тарифам мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан.

4) по тарифам на оплату законченных случаев лечения заболеваний, включенных в клинико-статистические группы заболеваний при оказании стоматологической медицинской помощи (Приложение № 15а).

3.7.2. в стационарных условиях:

1) по тарифам на оплату законченных случаев лечения заболеваний, включенных в клинико-статистические группы заболеваний в соответствии с приложением № 16;

2) по тарифам на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с приложением № 17;

3) по тарифам за медицинскую услугу при проведении процедур диализа, включающего различные методы в соответствии с Приложением № 13.

4) по тарифам за прерванный случая оказания медицинской помощи в соответствии с порядком, установленным Приложением № 2.

3.7.3. в условиях дневного стационара:

1) по тарифам на оплату законченных случаев лечения заболеваний, включенных в клинко-статистические группы заболеваний в соответствии с приложением № 18;

2) по тарифам за медицинскую услугу при проведении процедур диализа, включающего различные методы в соответствии с приложением № 13;

3) по тарифам за прерванный случая оказания медицинской помощи в соответствии с порядком, установленным Приложением № 2.

3.7.4. при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

1) по подушевому нормативу финансирования в рамках базовой программы ОМС (Приложение № 19);

2) по тарифу за единицу объема медицинской помощи (Приложение № 21):

- за вызов с проведением тромболитической терапии, в том числе при проведении межтерриториальных расчетов;

- за вызов – при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ;

3.7.5. При финансовом обеспечении по подушевому нормативу финансирования дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования в соответствии с приложением № 20:

1) социально значимые виды медицинской помощи (за исключением видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования);

2) деятельность структурных подразделений медицинских организаций, не осуществляющих деятельность по обязательному медицинскому страхованию;

3) оказание скорой медицинской помощи при заболеваниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказание скорой медицинской помощи не застрахованным и/или не идентифицированным по обязательному медицинскому страхованию гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также безрезультатные выезды бригад скорой медицинской помощи.

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. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (в том числе для

случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации) и рекомендации по его применению представлен в Приложении № 22 к Тарифному соглашению.

4.2. Меры ответственности медицинских организаций в виде применения коэффициентов неоплаты/неполной оплаты, а также штрафов применяются в редакции, действующей на дату завершения случая лечения.

4.3. В случае, если в ходе проведения очных экспертиз качества медицинской помощи, целевых экспертиз всех видов установлены основания для неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи по страховым случаям, по которым счет на оплату не предъявлен, мера ответственности медицинских организаций в виде уменьшения оплаты не применяется. Меры договорной ответственности в виде штрафа применяются по результатам проведения таких экспертиз вне зависимости от предъявления счета к оплате.

4.4. При предъявлении санкций по результатам проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, размер уменьшения оплаты определяется исходя из применения коэффициента неоплаты/неполной оплаты к тарифам, установленным приложением № 14 к Тарифному соглашению (для амбулаторно-поликлинической помощи), тарифам вызова, установленного приложением № 21 к Тарифному соглашению (для скорой медицинской помощи).

По результатам проведения медико-экономического контроля медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, уменьшение оплаты медицинской помощи не производится.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2017 года и действует до 31 декабря 2017 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2017 года, в том числе начатые ранее.

5.2. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме, подписываются Сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.3. При поступлении дополнительных средств на реализацию программы ОМС, сверх утвержденных ассигнований в законе «О бюджете территориального фонда ОМС Костромской области на 2016 год» базовые тарифы могут индексироваться.

5.4. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы ОМС Костромской области.

5.5. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

- Приложение № 1.1 «Перечень медицинских организаций и применяемых в них способов оплаты медицинской помощи».

- Приложение № 1.2 «Единицы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу».
- Приложение № 1.3 «Единицы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых не входит в подушевое финансирование».
- Приложение № 2 «Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения».
- Приложение № 3 «Структура расходов».
- Приложение № 4 «Особенности использования медицинскими организациями средств территориальной программы обязательного медицинского страхования».
- Приложение № 5 «Методика расчета тарифов на оплату единиц объема медицинской помощи и формирования подушевого финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Костромской области».
- Приложение № 6 «Подушевое финансирование АПП».
- Приложение № 7а «Тарифы осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных в I этап диспансеризации определенных групп взрослого населения».
- Приложение № 7б «Тарифы осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных во II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения».
- Приложение № 8 «Тарифы I этапа диспансеризации детей-сирот».
- Приложение № 9 «Тарифы I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних».
- Приложение № 10 «Тарифы I этапа предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних».
- Приложение № 11 «Тариф периодического медицинского осмотра несовершеннолетних».
- Приложение № 12 «Тарифы профилактического медицинского осмотра взрослого населения».
- Приложение № 12.1 «Тарифы осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных в медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».
- Приложение № 13 «Тарифы на медицинские услуги».
- Приложение № 13.1 «Тарифы на лабораторные исследования».
- Приложение № 14 «Тарифы посещений, обращений и неотложной помощи».
- Приложение № 15а «Тарифы КСГ по стоматологии».
- Приложение № 15б «Номенклатура услуг в стоматологии».
- Приложение № 16 «Тарифы КСГ для круглосуточного стационара».
- Приложение № 17 «Тарифы ВМП».
- Приложение № 18 «Тарифы КСГ для дневного стационара».
- Приложение № 19 «Подушевое финансирование скорой медицинской помощи по базовой программе ОМС».

- Приложение № 20 «Подушевое финансирование медицинской помощи в дополнение к базовой программе ОМС».
- Приложение № 21 «Тарифы вызова скорой медицинской помощи».
- Приложение № 22 «Штрафные санкции».
- Приложение № 23 «Порядок применения тарифов в АПП».
- Приложение № 24 «Понижающие коэффициенты к тарифам по диспансеризации и медицинским осмотрам».
- Приложение № 25 «Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимости от длительности лечения».
- Приложение № 26 «Порядок применения коэффициентов сложности лечения».
- Приложение № 27 «Коэффициенты уровней оказания медицинской помощи».
- Приложение № 28.1 «Расшифровка групп в соответствии с МКБ-10 и Номенклатурой для круглосуточного стационара».
- Приложение № 28.2 «Расшифровка групп в соответствии с МКБ-10 и Номенклатурой для дневного стационара».
- Приложение № 29 «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев».

Подписи сторон



Департамент здравоохранения
Костромской области

Е.В. Нечаев

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Костромской области



В.Е. Николаев

Филиал ООО «РГС-Медицина» «Росгосстрах-Кострома-Медицина»
г.Кострома



С.С. Лысова

Костромская областная организация профсоюза работников здравоохранения



П.В. Лебедько

Региональная общественная организация «Костромская ассоциация врачей
Костромской области»



С.П. Титов