

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2017 ГОД

г. БРЯНСК

26 января 2017 года

Представители:

органа исполнительной власти Брянской области, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти Брянской области, в лице директора департамента здравоохранения Брянской области Бардукова А.Н., заместителя директора Департамента здравоохранения Брянской области Якушевой О.А.;

территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области (ТФОМС Брянской области) в лице директора Туруло В.М., первого заместителя директора ТФОМС Брянской области Зайцевой М.А.;

страховых медицинских организаций в лице директора Брянского филиала ООО СК «Ингосстрах-М» Моисеенко С.А., директора Брянского филиала «Сибирь» ООО «Альфастрахование-ОМС» Мартыненко А.А.;

профессиональных союзов медицинских работников в лице председателя Брянской областной организации профсоюза работников здравоохранения Быковского В.В., члена Брянской областной организации профсоюза работников здравоохранения Шидловского Д.А.;

медицинских профессиональных некоммерческих организаций в лице председателя правления Брянской региональной общественной организации взаимодействия медицинских работников «Врачебная палата» Фетисова С.Н., ревизора Брянской региональной общественной организации взаимодействия медицинских работников «Врачебная палата» Герасимовой О.П., далее именуемые стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Брянской области на 2017 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем.

I. Общие положения.

1.1. Настоящее Тарифное соглашение заключено в соответствии с:

- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в действующей редакции);
- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011г. №158н (в действующей редакции);

- «Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 (в действующей редакции);

- Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС от 22 декабря 2016 г. по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования;

- Приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (в действующей редакции);

- Информационным письмом Минздрава РФ от 23 декабря 2016 года №11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

- Законом Брянской области от 29 декабря 2016 г. № 115-3 «О внесении в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

- Постановлением Правительства Брянской области от 16 декабря 2013 г. №717-П (в действующей редакции) «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

1.2. Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов.

1.3. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи и медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования (далее - тарифы по ОМС), их структуры и порядка применения на территории Брянской области, а также определение размеров санкций, применяемых к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.4. Тарифы по ОМС применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Брянской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территориях иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

1.5. Тарифы по ОМС устанавливают уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций (далее - МО) по

оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС.

1.6. Страховые медицинские организации, заключившие договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС Брянской области, осуществляют расчеты с медицинскими организациями в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по условиям ее оказания и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

1.7. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Брянской области лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, осуществляется ТФОМС Брянской области в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

II. Способы оплаты медицинской помощи

Для реализации Территориальной программы ОМС на территории Брянской области предусматриваются следующие способы оплаты медицинской помощи.

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

- в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся для медицинского обслуживания лиц:
- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации. (Приложение №1 - Перечень медицинских организаций, финансирование которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц);
- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, за УЕТ в стоматологии;
- в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся для медицинского обслуживания лиц за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, а также при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Брянской области (Приложение №2 - Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население).
- за отдельные медицинские услуги.

2.2. Виды медицинской помощи, формы оказания медицинской помощи, единицы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу определены

Приложением №8 «Порядок организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате амбулаторной медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации и скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц».

2.3. Показатели результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки (включая целевые значения), а так же порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей (Приложение №1 к Порядку организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате амбулаторной медицинской помощи с учетом показателей результативности и скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц).

2.4. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ) (Приложение №3 - Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях).
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2.5. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ) (Приложение №4 - Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара).
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2.6. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (Приложение №5 - Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций).

за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1 Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. №158н и утверждаются настоящим тарифным соглашением.

3.2 Финансовым источником для формирования размера тарифов на оплату медицинской помощи являются средства обязательного медицинского страхования, предусмотренные Законом Брянской области от 29 декабря 2016 г. № 115-3 «О внесении в бюджет территориального фонда ОМС Брянской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» в части финансового обеспечения территориальной программы ОМС.

3.3 При изменении соотношения доходной и расходной части бюджета территориального фонда ОМС может производиться изменение размера действующих тарифов на оплату медицинской помощи.

3.4. Тарифным соглашением в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливается:

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования - в размере 3 065, 32 руб. в год.

3.4.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на 1 застрахованное лицо в размере 159,66 руб. в месяц.

3.4.3. Порядок прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям и медицинским работникам для оказания первичной медико-санитарной помощи на территории Брянской области (Приложение №9).

3.4.4. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (Приложение № 6);

3.4.5. Тарифы посещений к врачам клинических специальностей и среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием

пациентов, 1 УЕТ, обращения Центра здоровья, мобильных комплексов (Приложение №16).

3.4.6. Тарифы профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение № 12).

3.4.7. Тарифы диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях 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 приемную и патронатную семью (Приложение № 13).

3.4.8. Подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепленное застрахованное население (Приложение № 10).

3.4.9. Тарифы медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических) несовершеннолетних, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них (Приложение №14).

3.4.10. Тарифы отдельных медицинских услуг (Приложение №15).

3.4.11. Классификатор стоматологических медицинских услуг в УЕТ и инструкцию по его применению (Приложение № 30).

3.4.12. Тарифы оперативных вмешательств при оказании амбулаторной медицинской помощи (Приложение №17).

3.5. Тарифным соглашением в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливается:

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в стационарных условиях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Брянской области, в расчете на 1 застрахованного, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования - 4 065,58 руб.

3.5.2. Размер базовой ставки финансирования в стационарных условиях, оплачиваемой по КСГ - 16 000,00 руб.

3.5.3. Перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение №18).

3.5.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ (Приложение №20).

3.5.5. Длительность лечения в круглосуточном стационаре, при которой используется полный тариф клинико-статистической группы (Приложение №21).

3.5.6. Объемы предоставления высокотехнологичной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и нормативы финансовых затрат с указанием кода диагноза по МКБ-10, вида лечения, модели пациента (Приложение №22).

3.5.7. Перечень кодов МКБ -10, комбинация которых предусматривает оплату медицинской помощи по КСГ № 220 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» (Приложение №23).

3.5.8. Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи (Приложение №24).

3.5.9. Оплата КСГ по полному тарифу производится в случае лечения пациента в стационарном отделении не менее установленной длительности (Приложение №21).

3.5.10. При длительности лечения менее установленного норматива оплата осуществляется в размере 50 % тарифа КСГ.

3.6. Тарифным соглашением в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливается:

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Брянской области, в расчете на 1 застрахованного, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования - 698,36 руб.

3.6.2. Размер базовой ставки финансирования в условиях дневного стационара, оплачиваемой по КСГ - 6 688,48 руб.

3.6.3. Перечень КСГ, используемых в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение №25).

3.6.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ, используемые в условиях дневного стационара (Приложение №27).

3.6.5. Длительность лечения в условиях дневного стационара, при котором используется полный тариф КСГ (Приложение №28).

3.7. Тарифным соглашением в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливается:

3.7.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в размере 528,64 руб. в год

3.7.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в размере 44,10 руб. в месяц.

3.7.3. Тарифы скорой медицинской помощи за вызов бригады в зависимости от ее профиля (Приложение №29).

3.7.4. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 7).

3.7.5. Подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 11).

3.7.6. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации и в части базовой программы 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.

IV 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. Тарифным соглашением устанавливаются:

4.1. Обязательства медицинских организаций, неисполнение которых предусматривает неоплату или неполную оплату затрат на оказание медицинской помощи, а также уплату медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (Приложение №31).

4.2. Инструкция по проведению контроля объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Брянской области (Приложение №32).

V. Заключительные положения

5. Тарифным соглашением устанавливаются:

5.1. Положение о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Брянской области (Приложение №33).

5.2. Порядок контроля использования средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (Приложение №35).

5.3. Регламент информационного взаимодействия между участниками и субъектами сферы ОМС Брянской области (Приложение №36).

5.4. Регламент представления услуг уполномоченной организацией удостоверяющего центра электронной подписи автоматизированных информационных систем единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования территориальным фондом ОМС Брянской области (Приложение №37).

5.5. Порядок проведения мониторинга реализации территориальной программы ОМС (Приложение №38).

5.6. Порядок возмещения финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оказанной в связи с причинением вреда здоровью застрахованных в результате противоправных действий юридических и физических лиц (Приложение №39).

5.7. Объемы предоставления медицинской помощи в разрезе страховых медицинских организаций и медицинских организаций по условиям оказания, включая высокотехнологичную медицинскую помощь (Приложение № 26).

5.8. Справочник кодов международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) (Приложение №41).

5.9. Справочник Номенклатуры медицинских услуг, сформированный на федеральном уровне (Приложение №40).

5.10. Лекарственные препараты, применение которых при лечении пациентов в условиях круглосуточного или дневного стационара отражается соответствующим кодом номенклатуры медицинских услуг (Приложение № 19).

5.11. Перечень и предельная стоимость медицинских услуг, оказываемых на договорной основе при межучрежденческих расчетах (Приложение № 34).

5.12. Установить срок подачи уведомления для всех медицинских организаций до 01 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

5.13. Настоящее тарифное соглашение действует с 01.02. 2017 года по 31.12.2017 года.

5.14. Настоящее тарифное соглашение может быть пересмотрено по инициативе одной из сторон. Рассмотрение мотивированных предложений

осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС. Внесение изменений, влекущих дополнительные расходы в течение 2017 года, возможно при наличии источника финансового обеспечения. Изменения и дополнения в настоящее тарифное соглашение оформляются дополнительным соглашением.

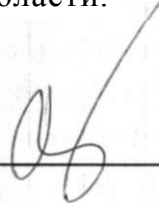
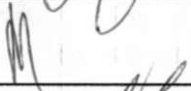






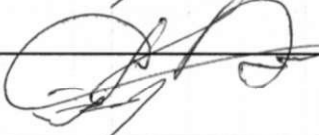
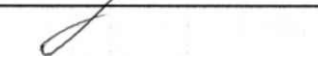
5.15. Разрешение споров между сторонами по выполнению настоящего тарифного соглашения осуществляется путем переговоров. Все неурегулированные сторонами спорные вопросы разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.16. Тарифное соглашение прекращает свое действие в случае принятия органами государственной власти решений, обуславливающих невозможность его выполнения или по решению суда.

5.17. Настоящее тарифное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в Департаменте здравоохранения Брянской области, второй - в ТФОМС Брянской области. Для других Сторон тарифного соглашения предоставляются копии настоящего тарифного соглашения, заверенные ТФОМС Брянской области.

5.18. Разъяснения по настоящему тарифному соглашению предоставляет ТФОМС Брянской области.

Подписи сторон:

	(Бардуков А.Н.)
	(Туруло В.М.)
	(Зайцева М.А.)
	(Якушева О.А.)
	(Быковский В.В.)
	(Шидловский Д.А.)
	(Моисеенко С.А.)
	(Мартыненко А.А.)
	(Фетисов С.Н.)
	(Герасимова О.П.)