

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2016 год

от 22 января 2016 г.

г. Байконур

Администрация города Байконур в лице Главы администрации Петренко А.П., действующего на основании Соглашения между Российской Федерацией и Республикой Казахстан о статусе города Байконур, порядке формирования и статусе его органов исполнительной власти, Городское управление здравоохранения в лице начальника Тимошенко О.М., действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур в лице директора Григорьевой Н.А., действующего на основании Положения, филиал «Байконур-РОСНО-МС» ОАО «РОСНО-МС» в лице руководителя Шамрай Н.М., действующего на основании Положения, Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» в лице председателя Лариной С.Н., действующего на основании Положения, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Тарифное соглашение о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2016 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Предмет Тарифного соглашения

Предметом Тарифного соглашения на 2016 год являются согласованные Сторонами вопросы тарифного регулирования оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), определение состава и структуры расходов, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи согласно видам и статьям затрат, входящим в Территориальную программу обязательного медицинского страхования города Байконур на 2016 год (далее – Программа ОМС), порядок формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории города Байконур при оплате медицинской помощи и использования средств обязательного медицинского страхования.

1.2. Нормативное правовое регулирование

Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения развития и устойчивого функционирования системы ОМС в городе Байконур в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

Федеральным законом от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями);

Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями) (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);

Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями) (далее – Правила ОМС);

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с изменениями);

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014г. № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями);

приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации» (с изменениями);

информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2015 г. № 11-9/10/7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» (далее – Информационное письмо);

методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (информационное письмо Минздрава России от 24 декабря 2015 г. № 11-9/10/2-7938») (далее – Рекомендации);

постановлением Главы администрации города Байконур от 17 декабря 2015 г. № 304 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур»;

Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2016 год»;

постановлением Главы администрации города Байконур от 14 декабря 2015 г. № 291 «Об утверждении состава Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур и признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов администрации города Байконур»;

протоколом заседания Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур от 18 декабря 2015 года № 12.

1.3. Основные понятия

Базовая программа обязательного медицинского страхования – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования города Байконур – определяет права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории города Байконур, соответствующая единым требованиям базовой программы ОМС.

Базовый тариф – средний объем финансового обеспечения за единицу объема медицинской помощи, определенный на основе норматива финансового обеспечения, установленного базовой программой ОМС.

Посещение – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической целью, а также при оказании неотложной медицинской помощи.

Обращение – единица объема медицинской помощи, оказываемой по поводу заболеваний в амбулаторных условиях по законченному случаю (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута).

Случай лечения – единица объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, предусматривающая медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующая круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

Случай госпитализации – единица объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, предусматривающая круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

Законченный случай лечения – совокупность медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, оказываемых в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение по основному заболеванию, а также сопутствующему заболеванию, влияющему

на течение основного заболевания, в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи.

Прерванный случай лечения – случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара с фактической длительностью лечения менее 70% от нормативной и с невыполнением необходимого объема медицинских мероприятий, установленных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, (выписка в связи с отказом пациента от лечения, перевод пациента в другую медицинскую организацию или другое профильное отделение, подтвержденные первичной медицинской документацией), и без клинического результата (смерть пациента).

Вызов скорой помощи – единица объема медицинской помощи, оказываемой гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Безрезультативные выезды – 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 медицинской 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.

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Способы оплаты медицинской помощи установлены Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2016 год, в соответствии со ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

Установлены следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой жителям города Байконур в рамках Программы ОМС, по условиям ее оказания:

1) в амбулаторных условиях, в том числе на дому при вызове медицинского работника):

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

за единицу объема медицинской помощи – посещение, обращение (законченный случай при проведении диспансеризации, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным по ОМС жителям города за пределами территории страхования);

2) в стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – законченный случай лечения, включенного в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний:

за единицу объема медицинской помощи – случай госпитализации; в случаях прерванного лечения – количество койко-дней;

3) в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) – законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний со средней продолжительностью лечения 8,6 дня;

за единицу объема медицинской помощи – случай лечения;

случаях прерванного лечения – количество пациенто-дней;

4) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи установлен в приложении 1 к Тарифному соглашению.

2.3 Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения, установлен в приложении 2 к Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, предусмотренные Программой ОМС, формируются в соответствии с методикой, установленной разделом IX Правил обязательного медицинского страхования, на основе стандартов медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и являются едиными для всех СМО и МО, независимо от организационно-правовой формы, участвующих в реализации Программы ОМС.

В целях настоящего раздела под «тарифом» также понимается подушевой норматив финансирования (для медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также для скорой медицинской помощи).

3.2. Тарифы включают затраты МО в рамках выполнения плана-задания, установленного Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2016 год, связанные с оказанием медицинской помощи по Программе ОМС (за исключением затрат на оказание медицинской помощи сверх плана-задания).

3.3. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках Программы ОМС за счет субвенции, полученной из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования 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, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.4. Структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается с указанием долей расходования средств в процентах по направлениям в разрезе условий оказания медицинской помощи в соответствии с приложением 3 к Тарифному соглашению.

3.5. Порядок использования медицинскими организациями средств Программы ОМС в пределах установленной структуры тарифа установлен приложением 4 к Тарифному соглашению.

3.6. В части оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Программы ОМС, устанавливается:

3.6.1. В амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

по тарифам за единицу объема медицинской помощи:

за посещение* в соответствии с приложением 5

диспансеризация определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом Минздрава России от 03 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» по I этапу (приложение 6), по II этапу (приложение 7);

профилактические медицинские осмотры взрослого населения в соответствии с приказом Минздрава России от 06 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (приложение 8);

диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с приказом Минздрава России от 11 апреля 2013 г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (приложение 9);

*) Используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования, а также при оплате проведенной диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, а также неотложной медицинской помощи

медицинские осмотры несовершеннолетних в соответствии с приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»:

профилактические (приложение 10);

предварительные (приложение 11);

периодические (приложение 12);

медицинская помощь в неотложной форме, оказываемая в амбулаторных условиях, в соответствии с приложением 13;

за обращение* по поводу заболевания (законченный случай) в соответствии с приложением 14;

за условную единицу трудоемкости (далее УЕТ) при оказании стоматологической помощи в соответствии с приложением 15.

3.6.2. В стационарных условиях:

по тарифам на оплату случая госпитализации, входящего в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний, в соответствии с приложением 16;

по тарифам за койко-день для оплаты прерванных случаев лечения в соответствии с приложением 17.

3.6.3. В условиях дневного стационара:

по тарифам на оплату за случай лечения заболевания, входящего в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний, в соответствии с приложением 18;

по тарифам за пациенто-день в случаях прерванного лечения в соответствии с приложением 19.

3.6.4. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в соответствии с приложением 20:

по подушевому нормативу финансирования в рамках Программы ОМС;

по тарифу за единицу объема медицинской помощи – за вызов (при осуществлении межтерриториальных расчетов).

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, и рекомендации по его применению представлены в приложении 21

*) Используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования

4.2. 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 для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации и рекомендации по его применению представлен в приложении 22.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2016 года и действует до 31 декабря 2016 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2016 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 жителей города Байконур. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме, подписываются Сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.3. Индексация (или перерасчет) тарифов осуществляется в следующих случаях:

при увеличении доходов бюджета ТФОМС города Байконур, предназначенных на финансовое обеспечение Программы ОМС (применяется повышающий коэффициент);

при изменении нормативных правовых актов Российской Федерации и нормативных правовых актов администрации города Байконур, регламентирующих приобретение расходных материалов, лекарственных препаратов и перевязочных средств, медицинских изделий и инструментария, организацию питания.

5.4. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы ОМС города Байконур и составлено в шести экземплярах по одному из каждой сторон и МО (ФГБУЗ ЦМСЧ № 1 ФМБА России).

5.5. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

приложение 1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС на 2016 год»;

приложение 2 «Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения»;

приложение 3 «Структура финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее предоставления»;

приложение 4 «Порядок использования медицинскими организациями средств Программы ОМС»;

приложение 5 «Тарифы на оплату медицинской помощи с профилактической целью по посещениям»;

приложение 6 «Тарифы законченного случая при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по I этапу, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (приказ Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан)»;

приложение 7 «Тарифы и перечень врачей-специалистов при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по II этапу, проводимой у женщин и мужчин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (приказ Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан)»;

приложение 8 «Тариф законченного случая при проведении профилактических осмотров взрослого населения по I этапу (приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н)»;

приложение 9 «Тарифы законченного случая при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, по I этапу (приказ Минздрава России от 11.04.2013 № 216н)»;

приложение 10 «Тарифы законченного случая при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу (приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н)»;

приложение 11 «Тарифы законченного случая при проведении предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу (приказ Минздрава России от 21.12.2012) № 1346н)»;

приложение 12 «Тариф законченного случая при проведении периодических медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу (приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н)»;

приложение 13 «Тариф на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по неотложной медицинской помощи»;

- приложение 14 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу заболевания (обращения)»;

приложение 15 «Тариф на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в стоматологии по стоимости УЕТ»;

- приложение 16 «Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях по стоимости одного случая госпитализации»;

приложение 17 «Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях, по стоимости одного койко-дня госпитализации»;

приложение 18 «Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара по стоимости одного случая лечения»;

приложение 19 «Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара по стоимости одного пациенто-дня»;

приложение 20 «Тариф на оплату скорой медицинской помощи»;

приложение 21 «Перечень санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

приложение 22 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи по ОМС (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации».

**ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН, УЧАСТВУЮЩИХ
В ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ:**

Глава администрации города Байконур		А.П. Петренко
Начальник Городского управления здравоохранения		О.М. Тимощенко
Директор ТФ ОМС города Байконур		Н.А. Григорьева
Руководитель филиала «Байконур-РОСНО-МС» ОАО «РОСНО-МС»		Н.М. Шамрай
Председатель Первичной профсоюзной организации комплекса «Байконур»		С.Н. Ларина