

ИЗМЕНЕНИЯ
В ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
О РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА
БАЙКОНУР НА 2016 ГОД

г. Байконур

17 марта 2016 г.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в редакции приказа Минздрава России от 06 августа 2015 г. № 536н), 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), на основании протокола заседания Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур от 18 февраля 2016 г. № 1 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 Тимощенко О.М., действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования 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 Устава ОАО «РОСНО-МС», Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» в лице председателя Лариной С.Н., действующего на основании Положения, вносят следующие изменения в Тарифное соглашение о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города

Байконур на 2016 год, заключенное 22 января 2016 г. (далее – Тарифное соглашение):

1. Приложение 21 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению к настоящим изменениям в Тарифное соглашение.


2. В приложении 18 к Тарифному соглашению сноску **) после слов «медицинской помощи» дополнить текстом следующего содержания: «(стоимость одного сеанса)».

3. Настоящие изменения являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения с момента их подписания, и по договоренности Сторон, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 марта 2016 года.


8. Настоящие изменения в Тарифное соглашение составлены в шести экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному из каждой Стороны и ФГБУЗ ЦМСЧ № 1 ФМБА России.

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


От администрации
города Байконур

Глава администрации города Байконур		А.П. Петренко
--	---	---------------


От Городского управления
здравоохранения

Начальник Городского управления здравоохранения		О.М. Тимощенко
--	---	----------------


От ТФ ОМС города Байконур

Директор ТФ ОМС города Байконур		Н.А. Григорьева
------------------------------------	---	-----------------

От филиала «Байконур-РОСНО-МС»
ОАО «РОСНО-МС»

Руководитель филиала «Байконур - РОСНО-МС» ОАО «РОСНО-МС»		Н.М. Шамрай
---	--	-------------

От Первичной профсоюзной
организации комплекса «Байконур»

Председатель первичной профсоюзная организация комплекса «Байконур»		С.Н. Ларина 
---	--	--

Приложение

к изменениям в Тарифное соглашение на 2016 год

от 17.03.2016

Приложение 21

к Тарифному соглашению

от 27.01.2016

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)**

Код дефекта № в (НСИ)	Дефекты, нарушения	Санкции		Примечание
		Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	Коэффициент для определения размера штрафа	
1	2	3	4	5
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц				
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:			
1.1.1. (1)	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	0,3	
1.1.2. (2)	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		0,3	
1.1.3. (3)	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.		0,3	

1	2	3	4	5
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.2.1. (4)	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0	
1.2.2. (5)	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.		3,0	
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1 (6)	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания.	-	1,0	
1.3.2. (7)	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). (п. 1.3.2 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 г. № 130)		3,0	
1.4. (8)	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. (п. 1.4 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 г. № 130)	1,0	1,0	
1.5. (9)	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. (п. 1.5 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 г. № 130)	0,5	0,5	

1	2	3	4	5
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения				
2.1 (10)	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	1,0	
2.2. Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:				
2.2.1. (11)	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5	
2.2.2. (12)	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;	-	0,5	
2.2.3. (13)	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	0,5	
2.2.4. (14)	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5	
2.2.5. (15)	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	0,5	
2.2.6. (16)	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.	-	0,5	
2.3. (17)	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		1,0	
2.4. Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:				
2.4.1. (18)	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5	

1	2	3	4	5
2.4.2. (19)	об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;	-	0,5	
2.4.3. (20)	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,5	
2.4.4. (21)	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5	
2.4.5. (22)	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	0,5	
2.4.6. (23)	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также с пятидесяти процентной скидкой со свободных цен.	-	0,5	

Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи

3.1. (24)	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0	
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи: <i>(п. 3.2 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130).</i>			
3.2.1. (25)	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-	
3.2.2. (26)	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	-	

1	2	3	4	5
3.2.3. (27)	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,4	-	
3.2.4. (28)	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0	
3.2.5. (29)	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	1,0	3,0	
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий: (п. 3.3 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 N 130)			
3.3.1. (30)	исключен. - Приказ ФФОМС от 29.12.2015 N 277;			
3.3.2. (31)	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	0,4		
3.4. (32)	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5		
3.5. (33)	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).	0,5	-	

1	2	3	4	5
3.6. (34)	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0	
3.7. (35)	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	0,7	0,3	
3.8. (36)	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	-	
3.9. (37)	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.	<i>Утратил силу - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 N 130.</i>		
3.10. (38)	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	1,0	-	
3.11. (39)	Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания). (п. 3.11 в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 № 277)	0,9	1,0	
3.12. (40)	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	0,3		

1	2	3	4	5
3.13. (41)	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3	
3.14. (42)	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи. (п. 3.14 в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 N 277)	0,9	1,0	
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации				
4.1. (43)	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0		
4.2. (44)	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	0,1		
4.3. (45)	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1		
4.4. (46)	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания). (п. 4.4 в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 № 277)	0,9		

1	2	3	4	5
4.5. (47)	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0		
4.6. (127) по НСИ	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов. (п. 4.6 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)	1,0	1,0	
4.6.1 – 4.6.2. (48 - 49)		<i>утратили силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130;</i>		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы. (п. 4.6.1 введен Приказом ФФОМС от 29.12.2015 № 277)			<i>На данное время размер санкции по коду дефекта 4.6.1 не определен согласно нормативного документа и не определен порядковый номер в НСИ.</i>
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов				
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
5.1.1. (50)	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	-	
5.1.2. (51)	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-	
5.1.3. (52)	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	-	
5.1.4. (53)	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-	
5.1.5. (54)	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-	
5.1.6. (55)	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	-	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:			
5.2.1. (56)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	-	

1	2	3	4	5
5.2.2. (57)	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	1,0	-	
5.2.3. (58)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации;	1,0	-	
5.2.4. (59)	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	-	
5.2.5. (60)	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории Российской Федерации.	1,0	-	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:			
5.3.1. (61)	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	1,0	-	
5.3.2. (62)	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	1,0	-	
5.3.3. (63)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0	-	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:			
5.4.1. (64)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0	-	
5.4.2. (65)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	-	

1	2	3	4	5
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:			
5.5.1. (66)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	-	
5.5.2. (67)	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,0	-	
5.5.3. (68)	представление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов);	1,0	-	
5.6. (69)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:			
5.7.1. (70)	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	-	
5.7.2. (71)	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	-	
5.7.3. (72)	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предьявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	-	
5.7.4. (73)	стоимость услуги включена в норматив финансирования обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;	1,0	-	

1	2	3	4	5
5.7.5. (74)	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	1,0	-	
5.7.6. (75)	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	-	

Примечание:

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле: $C = H + C_{шт}$, где:

H – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{шт}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоплату, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (H) рассчитывается по формуле:

$H = RT \times K_{но}$ - где:

RT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее – Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоплату, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи

ненадлежащего качества $C_{шт}$, рассчитывается по формуле: $C_{шт} = РП \times K_{шт}$ где:

РП – размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа в соответствии с Перечнем оснований».