

Начальник
управления здравоохранения
Липецкой области


Ю.Ю. Шуршуков

«19» июня 2019 г.

Председатель
Липецкой областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ


Н.Ю. Зубова

«19» июня 2019 г.

Председатель
Липецкой областной общественной
организации «Ассоциация медицинских
работников»


С.А. Шинкарев

«19» июня 2019 г.

Первый заместитель директора
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Липецкой области


Л.С. Селищева

«19» июня 2019 г.

Представитель
страховых медицинских
организаций
директор Липецкого филиала
Общества с ограниченной
ответственностью ВТБ
Медицинское страхование


С.А. Семушин

«19» июня 2019 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ №4 К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ

на оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому страхованию
на территории Липецкой области на 2019 год

Липецк 2019

Управление здравоохранения Липецкой области в лице начальника управления Шуршукова Юрия Юрьевича, действующего на основании Положения, именуемое в дальнейшем «Управление»,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области в лице первого заместителя директора фонда Селищевой Людмилы Семеновны, действующей на основании Положения, именуемый в дальнейшем «ТФОМС»,

Страховые медицинские организации в лице директора Липецкого филиала Общества с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование Семушина Сергея Алексеевича, действующего на основании доверенности от 06.12.2018г. б/н, именуемые в дальнейшем «Страховщики»,

Липецкая областная общественная организация «Ассоциация медицинских работников» в лице председателя ассоциации Шинкарева Сергея Алексеевича, действующего на основании Устава,

Липецкая областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Зубовой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Профсоюз»,

далее все вместе именуемые «Стороны» в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2019 №108н, Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018г. №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Липецкой области на 2019 год (далее Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. В соответствии с изменениями в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 02.07.2019г. №11-7/И/2-5785, №8096/26-1/и, внести следующие изменения и дополнения в Тарифное соглашение:

- в пункте 1.1. слова «Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н» заменить словами «Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н»;

- в пункте 1.3. слова «Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в редакции от 11.01.2017)» заменить словами «Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»»;

- в абзаце 1 раздела 3 слова «XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».» заменить словами «разделом XII Правил.»;

- пункты «Порядок оплаты медицинских услуг по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения», «Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров», «Порядок оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», «Порядок оплаты диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», «Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» после слов «..осуществляется из средств не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу медицинских организаций» дополнить словами «по тарифам на комплексное посещение в соответствии с объемом исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации»;

- пункт 3.1.3.3. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения изложить в следующей редакции:

Код	Наименование услуги	Тариф, руб.
Мужчины 1 этап диспансеризации		
173700	1 этап диспансеризации взрослого населения (21 год, 27 лет, 33 года)	718,34
173701	1 этап диспансеризации взрослого населения (18 лет, 24 года, 30 лет)	764,79
173703	1 этап диспансеризации взрослого населения (39 лет)	792,44
173704	1 этап диспансеризации взрослого населения (79 лет, 81 год, 85 лет, 87 лет, 91 год, 93 года, 97 лет, 99 год)	797,83
173705	1 этап диспансеризации взрослого населения (36 лет)	838,89
173706	1 этап диспансеризации взрослого населения (41 год, 43 года, 47 лет, 49 лет, 53 года, 59 лет, 61 год)	839,65
173707	1 этап диспансеризации взрослого населения (76 лет, 78 лет, 82 года, 84 года, 88 лет, 90 лет, 94 года, 96 лет)	844,28
173708	1 этап диспансеризации взрослого населения (77 лет, 83 лет, 89 лет, 95 лет)	878,09
173709	1 этап диспансеризации взрослого населения (51 год, 57 лет, 63 года)	919,91
173710	1 этап диспансеризации взрослого населения (80 лет, 86 лет, 92 года, 98 лет)	924,54
173711	1 этап диспансеризации взрослого населения (67 лет, 69 лет, 73 года, 75 лет)	1253,12
173712	1 этап диспансеризации взрослого населения (55 лет)	1275,98
173713	1 этап диспансеризации взрослого населения (66 лет, 70 лет, 72 года)	1299,57
173714	1 этап диспансеризации взрослого населения (40 лет, 44 года, 46 лет, 52 года, 56 лет, 58 лет, 62 года)	1341,39
173715	1 этап диспансеризации взрослого населения (65 лет, 71 год)	1333,38
173716	1 этап диспансеризации взрослого населения (68 лет, 74 года)	1379,83
173717	1 этап диспансеризации взрослого населения (42 года, 48 лет, 54 года)	1412,65
173718	1 этап диспансеризации взрослого населения (45 лет)	1701,65
173719	1 этап диспансеризации взрослого населения (50 лет, 64 года)	1777,72
173720	1 этап диспансеризации взрослого населения (60 лет)	1857,98
173451	Опрос (анкетирование)	

173453	Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела	
173452	Измерение артериального давления на периферических артериях	
173454	Определение уровня общего холестерина в крови	
173455	Определение уровня глюкозы в крови натощак	
173456	Определение относительного сердечно-сосудистого риска	
173457	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	
173460	Флюорография легких	
173461	Электрокардиография в покое	
173458	Измерение внутриглазного давления	
171459	Общий анализ крови	
173464	Краткое индивидуальное профилактическое консультирование	
173459	Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом	
173462	Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови	
173465	Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации	
173721	Эзофагогастродуоденоскопия	
Мужчины 2 этап диспансеризации		
173501	Осмотр (консультацию) врачом-неврологом (при наличии впервые выявленных указаний или подозрений на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением, а также в случаях выявления по результатам анкетирования нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрений на депрессию у граждан в возрасте 65 лет и старше, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);	380,87
173507	Дуплексное сканирование брахицефальных артерий (для мужчин в возрасте от 45 до 72 лет включительно и женщин в возрасте от 54 до 72 лет включительно при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение, а также по направлению врача-невролога при впервые выявленном указании или подозрении на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан в возрасте от 65 до 90 лет, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);	276,47
173504	Осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет при повышении уровня простат-специфического антигена в крови более 4 нг/мл);	309,39
173502	Осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (для граждан в возрасте от 40 до 75 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки, при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу и (или) злокачественным новообразованиям толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки);	342,02
173508	Колоноскопию (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);	384,85
171510	Эзофагогастродуоденоскопия (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по назначению врача-терапевта);	345,41
173750	Рентгенография легких	300,13
173751	Рентгенокомпьютерная томография легких	1 052,26
173509	Спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан, выявленных по результатам анкетирования, - по назначению врача-терапевта);	67,72

173510	Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом (для граждан в возрасте 65 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или приема (осмотра) врача-терапевта);	266,55
173503	Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 40 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 65 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования);	228,49
173506	Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) для граждан;	321,04
173505	Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, в том числе направление на осмотр (консультацию) врачом-онкологом при подозрении на онкологические заболевания в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология", утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. N 915н, а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.	321,04
Женщины 1 этап диспансеризации		
174700	1 этап диспансеризации взрослого населения (79 лет, 81 год, 85 лет, 87 лет, 91 год, 93 года, 97 лет, 99 лет)	1150,33
174701	1 этап диспансеризации взрослого населения (21 год, 27 лет, 33 года)	1181,89
174702	1 этап диспансеризации взрослого населения (41 год, 43 года, 47 лет, 49 лет, 53 года, 55 лет, 59 лет, 61 год)	1192,15
174703	1 этап диспансеризации взрослого населения (76 лет, 78 лет, 82 года, 84 года, 88 лет, 90 лет, 94 года, 96 лет)	1196,78
174704	1 этап диспансеризации взрослого населения (18 лет, 24 года, 30 лет)	1228,34
174705	1 этап диспансеризации взрослого населения (77 лет, 83 года, 89 лет, 95 лет)	1230,59
174706	1 этап диспансеризации взрослого населения (39 лет)	1255,99
174707	1 этап диспансеризации взрослого населения (80 лет, 86 лет, 92 года, 98 лет)	1277,04
174708	1 этап диспансеризации взрослого населения (36 лет)	1302,44
174709	1 этап диспансеризации взрослого населения (51 год, 57 лет, 63 года)	1383,46
174710	1 этап диспансеризации взрослого населения (67 лет, 69 лет, 73 лет, 75 лет)	1605,62
174711	1 этап диспансеризации взрослого населения (65 лет, 71 год)	1685,88
174712	1 этап диспансеризации взрослого населения (45 лет)	1728,87
174713	1 этап диспансеризации взрослого населения (66 лет, 70 лет, 72 года)	1830,22
174714	1 этап диспансеризации взрослого населения (40 лет, 44 года, 46 лет, 50 лет, 52 года, 56 лет, 58 лет, 62 года, 64 года)	1872,04
174715	1 этап диспансеризации взрослого населения (68 лет, 74 года)	1910,48
174716	1 этап диспансеризации взрослого населения (42 года, 48 лет, 54 года, 60 лет)	2063,35
174451	Опрос (анкетирование)	
174453	Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела	
174452	Измерение артериального давления на периферических артериях	
174454	Определение уровня общего холестерина в крови	
174455	Определение уровня глюкозы в крови натощак	
174456	Определение относительного сердечно-сосудистого риска	
174457	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	
174460	Флюорография легких	
174461	Электрокардиография в покое	
174458	Измерение внутриглазного давления	
174464	Краткое индивидуальное профилактическое консультирование	
172459	Общий анализ крови	
174459	Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом	
174463	Маммография обеих молочных желез в двух проекциях	
174462	Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом	

174717	Взятие с использованием щетки цитологической цервикальной мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее - мазок с шейки матки), цитологическое исследование мазка с шейки матки	
174465	Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации	
174718	Эзофагогастродуоденоскопия	
Женщины 2 этап диспансеризации		
174501	Осмотр (консультацию) врачом-неврологом (при наличии впервые выявленных указаний или подозрений на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением, а также в случаях выявления по результатам анкетирования нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрений на депрессию у граждан в возрасте 65 лет и старше, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);	380,87
174507	Дуплексное сканирование брахицефальных артерий (для мужчин в возрасте от 45 до 72 лет включительно и женщин в возрасте от 54 до 72 лет включительно при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела или ожирение, а также по направлению врача-невролога при впервые выявленном указании или подозрении на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан в возрасте от 65 до 90 лет, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);	276,47
174502	Осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (для граждан в возрасте от 40 до 75 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки, при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу и (или) злокачественным новообразованиям толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки);	342,02
174508	Колоноскопию (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога);	384,85
172510	Эзофагогастродуоденоскопия (для граждан в случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по назначению врача-терапевта);	345,41
174750	Рентгенография легких	300,13
174751	Рентгенокомпьютерная томография легких	1 052,26
174509	Спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан, выявленных по результатам анкетирования, - по назначению врача-терапевта);	67,72
174504	Осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом (для женщин в возрасте 18 лет и старше с выявленными патологическими изменениями по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований шейки матки, в возрасте от 40 до 75 лет с выявленными патологическими изменениями по результатам мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление злокачественных новообразований молочных желез);	448,16
174510	Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом (для граждан в возрасте 65 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или приема (осмотра) врача-терапевта);	266,55
174503	Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 40 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 65 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования);	228,49

174506	Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) для граждан:	321,04
174505	Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, в том числе направление на осмотр (консультацию) врачом-онкологом при подозрении на онкологические заболевания в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология", утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. N 915н, а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.	321,04

При оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами к тарифам применяется повышающий коэффициент 1,2

- пункт 3.1.3.3.7. Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров изложить в следующей редакции:

Код	Наименование услуги	Стоимость, руб.
Мужчины		
110730	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 19 лет, 21 год, 23 года, 25 лет, 27 лет, 29 лет, 31 год, 33 года.	638,08
110731	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 18 лет, 20 лет, 22 года, 24 года, 26 лет, 28 лет, 30 лет, 32 года, 34 года.	684,53
110732	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 35 лет, 37 лет, 39 лет.	712,18
110733	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 36 лет, 38 лет.	758,63
110734	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 41 год, 43 года, 45 лет, 47 лет, 49 лет, 51 год, 53 года, 55 лет, 57 лет, 59 лет, 61 год, 63 года.	781,31
110735	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 40 лет, 42 года, 44 года, 46 лет, 48 лет, 50 лет, 52 года, 54 года, 56 лет, 58 лет, 60 лет, 62 года, 64 года.	827,76
110736	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 65 лет, 67 лет, 69 лет, 71 год, 73 года, 75 лет, 77 лет, 79 лет, 81 год, 83 года, 85 лет, 87 лет, 89 лет, 91 год, 93 года, 95 лет, 97 лет, 99 лет.	739,49
110737	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 66 лет, 68 лет, 70 лет, 72 года, 74 года, 76 лет, 78 лет, 80 лет, 82 года, 84 года, 86 лет, 88 лет, 90 лет, 92 года, 94 года, 96 лет, 98 лет.	785,94
Женщины		
110750	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 19 лет, 21 год, 23 года, 25 лет, 27 лет, 29 лет, 31 год, 33 года.	990,58
110751	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 18 лет, 20 лет, 22 года, 24 года, 26 лет, 28 лет, 30 лет, 32 года, 34 года.	1037,03
110752	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 35 лет, 37 лет, 39 лет.	1064,68
110753	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 36 лет, 38 лет.	1111,13
110754	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 41 год, 43 года, 45 лет, 47 лет, 49 лет, 51 год, 53 года, 55 лет, 57 лет, 59 лет, 61 год, 63 года.	781,31
110755	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 40 лет, 42 года, 44 года, 46 лет, 48 лет, 50 лет, 52 года, 54 года, 56 лет, 58 лет, 60 лет, 62 года, 64 года.	827,76

110756	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 65 лет, 67 лет, 69 лет, 71 год, 73 года, 75 лет, 77 лет, 79 лет, 81 год, 83 года, 85 лет, 87 лет, 89 лет, 91 год, 93 года, 95 лет, 97 лет, 99 лет.	739,49
110757	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 66 лет, 68 лет, 70 лет, 72 года, 74 года, 76 лет, 78 лет, 80 лет, 82 года, 84 года, 86 лет, 88 лет, 90 лет, 92 года, 94 года, 96 лет, 98 лет.	785,94

При оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами к тарифам применяется повышающий коэффициент 1,2

2. В связи с вступлением в силу Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. №108н внести следующие изменения и дополнения в Тарифное соглашение:

- пункт 5.2. изложить в следующей редакции:

«5.2. Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанных в медицинских организациях Липецкой области гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Обеспечивая реализацию прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи на территории Липецкой области, за счет средств ОМС в соответствии с базовой программой ОМС, утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации, предоставляется медицинская помощь гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации (далее именуются - иногородние граждане).

Финансовые расчеты между МО и ТФОМС Липецкой области за медицинскую помощь, оказанную иногородним гражданам, осуществляются в порядке, предусмотренными пунктом 8 статьи 34 Федерального закона и разделом X Правил ОМС.

МО не позднее 10 рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи, направляет в ТФОМС Липецкой области счет и реестр счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого они застрахованы.

ТФОМС Липецкой области не позднее 25 рабочих дней с даты представления МО счета (реестра счета) производит его оплату с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Медицинская помощь, оказанная иногородним гражданам, не входящая в базовую программу ОМС, за счет средств ОМС оплате не подлежит.

ТФОМС Липецкой области, осуществляя оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказанных иногородним гражданам, вправе по результатам проведенного медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, а так же при получении от территориальных фондов ОМС субъектов Российской Федерации мотивированных отказов в оплате позиций счетов реестров, частично или полностью не возмещать затраты медицинской организации за оказанные медицинские услуги.

С целью возмещения средств за оказанную медицинскую помощь иногородним гражданам в медицинских организациях Липецкой области, ТФОМС Липецкой области ежемесячно формирует и предъявляет на оплату

счета и реестры счетов в территориальные фонды ОМС субъектов Российской Федерации по месту страхования пролеченных иногородних граждан.

Финансовые взаиморасчеты между ТФОМС Липецкой области и территориальными фондами ОМС других субъектов Российской Федерации осуществляются в соответствии пунктом 8 статьи 34 Федерального закона и разделом X Правил ОМС.»;

- пункт 5.3. изложить в следующей редакции:

«5.3. Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанных гражданам, застрахованным на территории Липецкой области, в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации.

Расчеты за медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным на территории Липецкой области в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации, осуществляются между ТФОМС Липецкой области и территориальными фондами ОМС по месту оказания медицинской помощи в соответствии с пунктом 8 статьи 34 Федерального закона и разделом X Правил ОМС из средств нормированного страхового запаса.».

3. В связи с вступлением в силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. №36, внести следующие изменения и дополнения в Тарифное соглашение:

- в пункте 4 «Перечень оснований для частичной или полной неоплаты медицинской помощи и применения штрафных санкций по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Липецкой области» изложить в следующей редакции:

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	Коэффициент для определения размера штрафа
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.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;		0,3
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		0,3
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи,		0,3

	предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		
1.1.4.	не включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.2.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, 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.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, 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).		3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1,0	1,0
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и/или медицинских изделий включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	0,5	0,5

Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	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.	о режиме работы медицинской организации;		0,3
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,3
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		0,3
2.2.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;		0,3
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		0,3
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.		0,3
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		1,0
2.4.	Отсутствие в медицинских организациях на информационных стендах следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,3
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,3
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		0,3
2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;		0,3
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		0,3
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.		0,3
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии	0,1	1,0

	медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).		
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	
3.2.2.	приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	
3.2.3.	приведшее 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 медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	
3.2.4.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1,0
3.2.5.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	1,0	3,0
3.2.6.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;		
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	приведшее 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 медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).		
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	

3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.	0,3	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (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.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.	0,7	0,3
3.8.	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.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.		
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию медицинской помощи.	0,3	
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.		
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0	1,0
4.2.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер,	0,1	

	условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи		
4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,5	
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в 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.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.		0,3
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1,0	1,0
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.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствия указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;	1,0	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	
5.1.6.	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.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);	1,0	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис	1,0	

	обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;		
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	1,0	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования:		
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	1,0	
5.3.2.	Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1,0	
5.3.3.	Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей 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 оплату медицинской помощи, в том числе:		
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0	-
5.4.2.	Включение в реестр счетов медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:		
5.5.1.	Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1,0	
5.5.3.	Предоставление 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.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, 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 случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	
5.7.3.	Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно на прикрепленное население, застрахованное в системе;	1,0	
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования;	1,0	
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	1,0	
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.	1,0	

4. В связи с исключением из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на 2019 год НУЗ «Узловая больница на ст. Грязи-Воронежские ОАО «РЖД» внести следующие изменения и дополнения в Тарифное соглашение:

- из пункта 2.2.1.1. перечня медицинских организаций 1 уровня оказания медицинской помощи исключить НУЗ «Узловая больница на ст. Грязи-Воронежские ОАО «РЖД», считать номером 10 ФКУЗ МСЧ МВД России по Липецкой области, и далее по порядку;

- из пункта 2.3.1. перечня медицинских организаций 1 уровня оказания медицинской помощи, подуровня 1.1. исключить НУЗ «Узловая больница на ст. Грязи-Воронежские ОАО «РЖД», считать номером 3 ГУЗ «Добровская РБ», и далее по порядку;

- из пункта 2.4.1. перечня медицинских организаций 1 уровня оказания медицинской помощи, подуровня 1.2. исключить НУЗ «Узловая больница на

ст. Грязи-Воронежские ОАО «РЖД», считать номером 4 ГУЗ «Липецкая РБ», и далее по порядку;

- из приложения 1 исключить НУЗ «Узловая больница на ст. Грязи-Воронежские ОАО «РЖД», считать номером 10 ГУЗ "Липецкая городская поликлиника №9", и далее по порядку.

5. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие:

- с 01.07.2019г. в части пунктов 1-3 настоящего дополнительного соглашения;

- с 03.07.2019г. в части пункта 4 настоящего дополнительного соглашения.

6. Настоящее Соглашение изготовлено в пяти экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.