

Начальник
управления здравоохранения
Липецкой области


Ю.Ю. Шуршуков

«26» _____ 2019 г.

Первый заместитель директора
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Липецкой области


Л.С. Селищева

«28» _____ 2019 г.

Председатель
Липецкой областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ


Н.Ю. Зубова

«26» _____ 2019 г.

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


С.А. Семушин

«26» _____ 2019 г.

Председатель
Липецкой областной общественной
организации «Ассоциация медицинских
работников»


С.А. Шинкарев

«26» _____ 2019 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ №2 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 28.02.2011 № 158н, 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 19.04.2019г. №11-7/И/2-3440, № 4855/26-2/и, а так же в соответствии с письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 23.04.2019г. №5071/26-2/и внести следующие изменения и дополнения в Тарифное соглашение:

- в разделе 2.2.2.1. текст между словами «...оказанную в отчетном месяце» и таблицей «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц» изложить в следующей редакции: «10% от остатка финансового обеспечения по подушевому нормативу (переменная часть остатка) предназначена для выплат МО, с учетом оценки показателей результативности их деятельности.

Из них 8% распределяется один раз в квартал, с учетом оценки выполнения показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц.

2% распределяется один раз в год, с учетом оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства.»;

- раздел 2.2.2.1., после таблицы «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц» дополнить текстом следующего содержания «Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства (далее – «Бережливая поликлиника», в дополнение к вышеуказанным показателям, с периодичностью 1 раз в год осуществляется оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства.

Показатели

результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства (оцениваются представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи)

п /п	Показатели	Целевое значение	Баллы
7.1.	Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике	Не более 3 пересечений	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
7.2.	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий	Не более 1 пересечения	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
7.3.	Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи	Не более 1 действия, порождающего возврат по потоку	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
7.4.	Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов	Не менее 1 места на 200 посещений плановой мощности	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
7.5.	Организация системы навигации в медицинской организации	Поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.), в том числе в точке ветвления маршрута, занимает не более 30 секунд	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
7.6.	Организация рабочих мест по системе 5С	Реализованы 3 и более шага в организации и поддержании порядка на рабочих местах по системе 5С для всех рабочих	Нет - 0 баллов Да - 1 балл

		мест	
7.7.	Организация системы информирования в медицинской организации	Соответствие контрольному листу оценки системы информирования	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
7.8.	Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи	Доля посещений по предварительной записи составляет не менее 90%	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
7.9.	Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации	Доля записей, произведенных без посещения поликлиники, составляет не менее 50%	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
7.10.	Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений	Не более 3 посещений	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
7.11.	Работа системы подачи и реализации предложений по улучшению	Доля реализованных улучшений на единицу персонала составляет не менее 30%	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
	ИТОГО		11 баллов

»;

- раздел 2.2.2.1., после слов «Шаг 1. - Шаг 7. применяются в отношении всех показателей, кроме показателей 5.1. «Ведение электронных карт», 6.1. «Выполнение планового количества посещений по неотложной медицинской помощи», 6.2. «Выполнение планового количества обращений по поводу заболевания»» дополнить текстом следующего содержания: «, а также показателей результативности деятельности медицинских организации, внедряющих новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства»;

- раздел 2.2.2.1., после слов «Баллы по показателю 6.2. «Выполнение планового количества обращений по поводу заболевания» определяются следующим образом:

- для каждой МО определяется % выполнение планового количества обращений по поводу заболевания в отчетном периоде;

за показатель 0 - 89% начисляется 0 баллов;

за 90% и более - 1 балл.»

дополнить текстом следующего содержания: «Баллы по показателям результативности деятельности медицинских организации, внедряющих новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства определяются следующим образом:

7.1. Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике.

Оценивается одновременное нахождение у одного кабинета пациентов, направленных на диспансеризацию/профилактический медицинский осмотр с другими потоками пациентов. Оцениваются: регистратура, кабинет забора крови, кабинет врача-терапевта, проведение флюорографии, маммографии.

7.2. Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий.

Оценивается одновременное нахождение у одного кабинета пациентов, обратившихся для получения платных медицинских услуг, с пациентами, получающими медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования. Проверяется не менее 5 мест возможного пересечения: регистратура, кабинет забора крови, врач-терапевт, врачи-специалисты, диагностические кабинеты, проведение флюорографии, маммографии.

7.3. Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи.

Возврат по потоку - повторное посещение кабинета (окна) в рамках одного процесса. К процессам относятся: оформление листка нетрудоспособности, выписка лекарственных препаратов и др.

7.4. Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов.

Зона комфортного ожидания - это специально отведенное место в медицинской организации, отвечающее следующим критериям:

- расположено вне зоны регистратуры или кабинета приема;
- оборудовано местами, для комфортного ожидания (стулья, кресла, кушетки);
- обеспечено кулером с водой и одноразовыми стаканами.

7.5. Организация системы навигации в медицинской организации.

Анализируются не менее 5 маршрутов поиска различных объектов (кабинетов, отделений, подразделений и других объектов).

7.6. Организация рабочих мест по системе 5С.

Оцениваются не менее 10 кабинетов методом случайного выбора. Оценка осуществляется по Проверочному листу оценки соответствия рабочего места системе 5С для медицинской организации.

7.7. Организация системы информирования в медицинской организации.

Каждый составной элемент системы информирования посетителей медицинской организации расположен в месте приложения информации, обновляется по мере ее изменения, доступен для чтения, в том числе с использованием государственных языков республик, находящихся в составе Российской Федерации, других языков народов Российской Федерации, идентичных по содержанию и техническому оформлению государственному языку. В соответствии с контрольным листом оценки системы информирования в медицинской организации.

7.8. Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи.

Оценка показателя осуществляется по данным медицинской информационной системы.

7.9. Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации.

Оценка показателя осуществляется по данным медицинской информационной системы.

7.10. Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений

Для оценки показателя анализируется не менее 20 карт по случайному выбору.

Количество посещений может не соответствовать количеству дней прохождения диспансеризации/профилактического медицинского осмотра.

7.11. Работа системы подачи и реализации предложений по улучшению

Предложение по улучшению - идея работника (группы работников), направленная на повышение результативности и эффективности любого вида деятельности медицинской организации, не требующая открытия отдельного проекта.

К предложениям по улучшению относятся:

- улучшение состояния рабочих мест;
- повышение эффективности использования ресурсов и материальных запасов;
- упорядочение системы материально-технического обеспечения медицинской организации, в том числе сокращение времени доставки материальных запасов;
- упорядочение системы учета и отчетности;
- изменение графиков работы и ремонта оборудования или транспортных средств, мест размещения оборудования и др., методов управления медицинской организацией.

Оценка показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» осуществляется представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, 1 раз в год.

Медицинская организация получает 11 баллов в случае достижения всех 11 показателей результативности.»;

- в разделе 2.2.2.1. после слов «6. Сумма в размере» текст «10%» заменить текстом «8%»;

- раздел 2.2.2.1., после слов «пропорционально количеству набранных баллов» дополнить текстом следующего содержания: «Распределение 2% от оставшейся суммы осуществляется один раз в год за выполнение показателей результативности деятельности медицинских организации, внедряющих новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства, между медицинскими организациями, выполнившими все 11 показателей.»;

- в разделе 2.2.2.1. таблицу после слов «Информация о работе МО, имеющих прикрепившихся лиц в отчетном периоде формируется следующим образом:» дополнить разделом 8 следующего содержания:

«

8	Показатели результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства
---	---

8.1.	Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом
8.2.	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом
8.3.	Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом
8.4.	Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом
8.5.	Организация системы навигации в медицинской организации	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом
8.6.	Организация рабочих мест по системе 5С	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом

8.7.	Организация системы информирования в медицинской организации	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом
8.8.	Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом
8.9.	Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом
8.10.	Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом
8.11.	Работа системы подачи и реализации предложений по улучшению	Информация предоставляется региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи в срок не позднее 7 рабочего дня, следующего за отчетным годом

»;

- раздел 2.2.2.1., после слов «...при оплате счетов за медицинскую помощь, оказанную в последнем месяце квартала» дополнить текстом следующего содержания: «(года)»;

- раздел 2.3.2. после таблицы «Классификационные критерии отнесения к КСГ st15.015 и st15.016:» дополнить текстом следующего содержания:

«КСГ st25.004 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы»

Данная КСГ предназначена для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является затратоемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Отнесение к данной КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз.»;

- раздел 2.3.2. после слов «При этом в период лечения пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений» дополнить текстом следующего содержания:

«Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией.

КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке.»;

- в разделе 2.4.2. таблицу с «Перечнем групп, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее» дополнить строкой следующего содержания:

«

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)

»;

- в разделе 2.4.2. таблицу с «Перечнем КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию» дополнить строкой следующего содержания:

«

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)

»;

- раздел 2.4.2. после слов «...случай классифицируется по диагнозу в соответствии с кодом МКБ 10» дополнить текстом следующего содержания:

«КСГ ds25.001 «Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения» Данная КСГ предназначена для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является затратоемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения. Отнесение к данной КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз.»;

- в пункте 3.2.2. наименование КСГ st38.001 изложить в следующей редакции «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»;

- разделы 3.1.3.1., 3.1.3.3.1., 3.1.3.3.2., 3.1.3.3.5., 3.1.3.3.6., 3.1.3.3.7. после таблицы дополнить текстом следующего содержания: «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 13.03.2019г. №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» внести следующие изменения и дополнения в Тарифное соглашение:

- в разделе 2.2.2.2. «Порядок оплаты медицинских услуг по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения» изложить в следующей редакции:

«Диспансеризация определенных групп взрослого населения (работающих граждан и неработающих граждан) проводится в соответствии с Приказом Минздрава России от 13.03.2019г. №124н.

Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

В случае выполнения в рамках 1 этапа диспансеризации менее 85% как от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, так и от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи не учитываются как проведенный профилактический осмотр или проведенная диспансеризация и не подлежит оплате по тарифам диспансеризации.

Оплата таких услуг осуществляется по соответствующим тарифам на единицу объема (посещение, медицинская услуга).

Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами организации работы мобильных медицинских бригад, предусмотренными приложением N8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н.

Оплата при проведении первого этап диспансеризации мобильными медицинскими бригадами осуществляется по соответствующим тарифам.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), выявленного на первом этапе.

В рамках второго этапа на оплату выставляются только те медицинские услуги, которые были фактически проведены пациенту.

Медицинские организации формируют по утвержденной форме счета и отдельные реестры счетов на медицинские услуги по проведению диспансеризации и выставляют на оплату в страховые медицинские

организации в сроки, предусмотренные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Формирование реестров осуществляется в соответствии со «Справочником медицинских услуг по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденным решением Комиссии.

Оплата реестров медицинской помощи по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу медицинских организаций.

Ежемесячно в срок до 1 числа МО предоставляют в ТФОМС информацию об объемах оказанной медицинской помощи по диспансеризации.

Страховые медицинские организации в срок до 15 числа месяца следующего за отчетным, направляют в ТФОМС Липецкой области отчет о произведенных удержаниях, в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения.».

- в разделе 2.2.2.2. «Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров» изложить в следующей редакции:

«Профилактические медицинские осмотры проводятся в соответствии с Приказом Минздрава России от 13.03.2019г. №124н.

Профилактические медицинские осмотры осуществляются взрослому населению (в возрасте 18 лет и старше).

Профилактические медицинские осмотры проводятся ежегодно:

- в качестве самостоятельного мероприятия;
- в рамках диспансеризации;
- в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).

Профилактический медицинский осмотр считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

В случае выполнения в рамках 1 этапа диспансеризации менее 85% как от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, так и от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи не учитываются как проведенный профилактический осмотр или проведенная диспансеризация и не подлежит оплате по тарифам диспансеризации.

Оплата таких услуг осуществляется по соответствующим тарифам на единицу объема (посещение, медицинская услуга).

Медицинские организации формируют счета и отдельные реестры счетов на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров и выставляют на оплату в страховые медицинские организации в сроки, предусмотренные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Формирование реестров осуществляется в соответствии со «Справочником медицинских услуг по проведению профилактических медицинских осмотров», утвержденным решением Комиссии.

Оплата реестров медицинской помощи по проведению медицинских осмотров осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу медицинских организаций.

Ежемесячно в срок до 1 числа МО предоставляют в ТФОМС информацию об объемах оказанной медицинской помощи по профилактическим медицинским осмотрам.

Страховые медицинские организации в срок до 15 числа месяца следующего за отчетным, направляют в ТФОМС Липецкой области отчет о произведенных удержаниях, в рамках профилактических медицинских осмотров.

»;

- раздел 3.1.3.3.3. «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)	618,35
173701	1 этап диспансеризации взрослого населения (18 лет, 24 года, 30 лет)	664,80
173702	1 этап диспансеризации взрослого населения (59 лет)	670,53
173703	1 этап диспансеризации взрослого населения (39 лет)	692,45
173704	1 этап диспансеризации взрослого населения (79 лет, 81 год, 85 лет, 87 лет, 91 год, 93 года, 97 лет, 99 год)	713,28
173705	1 этап диспансеризации взрослого населения (36 лет)	738,90
173706	1 этап диспансеризации взрослого населения (41 год, 43 года, 47 лет, 49 лет, 53 года, 61 год)	739,66
173707	1 этап диспансеризации взрослого населения (76 лет, 78 лет, 82 года, 84 года, 88 лет, 90 лет, 94 года, 96 лет)	759,73
173708	1 этап диспансеризации взрослого населения (77 лет, 83 лет, 89 лет, 95 лет)	793,54
173709	1 этап диспансеризации взрослого населения (51 год, 57 лет, 63 года)	819,92
173710	1 этап диспансеризации взрослого населения (80 лет, 86 лет, 92 года, 98 лет)	839,99
173711	1 этап диспансеризации взрослого населения (67 лет, 69 лет, 73 года, 75 лет)	1168,57
173712	1 этап диспансеризации взрослого населения (55 лет)	1175,99
173713	1 этап диспансеризации взрослого населения (66 лет, 70 лет, 72 года)	1215,02
173714	1 этап диспансеризации взрослого населения (40 лет, 44 года, 46 лет, 52 года, 56 лет, 58 лет, 62 года)	1241,40
173715	1 этап диспансеризации взрослого населения (65 лет, 71 год)	1248,83
173716	1 этап диспансеризации взрослого населения (68 лет, 74 года)	1295,28
173717	1 этап диспансеризации взрослого населения (42 года, 48 лет, 54 года)	1321,66
173718	1 этап диспансеризации взрослого населения (45 лет)	1601,66
173719	1 этап диспансеризации взрослого населения (50 лет, 64 года)	1677,73
173720	1 этап диспансеризации взрослого населения (60 лет)	1757,99
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)	1065,78
174701	1 этап диспансеризации взрослого населения (21 год, 27 лет, 33 года)	1081,90
174702	1 этап диспансеризации взрослого населения (41 год, 43 года, 47 лет, 49 лет, 53 года, 55 лет, 59 лет, 61 год)	1092,16
174703	1 этап диспансеризации взрослого населения (76 лет, 78 лет, 82 года, 84 года, 88 лет, 90 лет, 94 года, 96 лет)	1112,23
174704	1 этап диспансеризации взрослого населения (18 лет, 24 года, 30 лет)	1128,35
174705	1 этап диспансеризации взрослого населения (77 лет, 83 года, 89 лет, 95 лет)	1146,04
174706	1 этап диспансеризации взрослого населения (39 лет)	1156,00
174707	1 этап диспансеризации взрослого населения (80 лет, 86 лет, 92 года, 98 лет)	1192,49
174708	1 этап диспансеризации взрослого населения (36 лет)	1202,45
174709	1 этап диспансеризации взрослого населения (51 год, 57 лет, 63 года)	1283,47
174710	1 этап диспансеризации взрослого населения (67 лет, 69 лет, 73 лет, 75 лет)	1521,07
174711	1 этап диспансеризации взрослого населения (65 лет, 71 год)	1601,33
174712	1 этап диспансеризации взрослого населения (45 лет)	1628,88
174713	1 этап диспансеризации взрослого населения (66 лет, 70 лет, 72 года)	1745,67
174714	1 этап диспансеризации взрослого населения (40 лет, 44 года, 46 лет, 50 лет, 52 года, 56 лет, 58 лет, 62 года, 64 года)	1772,05
174715	1 этап диспансеризации взрослого населения (68 лет, 74 года)	1825,93
174716	1 этап диспансеризации взрослого населения (42 года, 48 лет, 54 года, 60 лет)	1963,36
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»;

- раздел 3.1.3.3.4. «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения мобильными бригадами» исключить;

- раздел 3.1.3.3.8. «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 года, 23 лет, 25 лет, 27 лет, 29 лет, 31 года, 33 лет.	538,09
110731	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 18 лет, 20 лет, 22 лет, 24 лет, 26 лет, 28 лет, 30 лет, 32 лет, 34 лет.	584,54
110732	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 35 лет, 37 лет, 39 лет.	612,19
110733	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 36 лет, 38 лет.	658,64
110734	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 41 года, 43 лет, 45 лет, 47 лет, 49 лет, 51 года, 53 лет, 55 лет, 57 лет, 59 лет, 61 года, 63 лет.	681,32
110735	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 40 лет, 42 лет, 44 лет, 46 лет, 48 лет, 50 лет, 52 лет, 54 лет, 56 лет, 58 лет, 60 лет, 62 лет, 64 лет.	727,77
110736	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 65 лет, 67 лет, 69 лет, 71 года, 73 лет, 75 лет, 77 лет, 79 лет, 81 года, 83 лет, 85 лет, 87 лет, 89 лет, 91 года, 93 лет, 95 лет, 97 лет, 99 лет.	654,94
110737	Проведение профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте: 66 лет, 68 лет, 70 лет, 72 лет, 74 лет, 76 лет, 78 лет, 80 лет, 82 лет, 84 лет, 86 лет, 88 лет, 90 лет, 92 лет, 94 лет, 96 лет, 98 лет.	701,39
Женщины		
110750	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 19 лет, 21 года, 23 лет, 25 лет, 27 лет, 29 лет, 31 года, 33 лет.	890,59
110751	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 18 лет, 20 лет, 22 лет, 24 лет, 26 лет, 28 лет, 30 лет, 32 лет, 34 лет.	937,04
110752	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 35 лет, 37 лет, 39 лет.	964,69
110753	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 36 лет, 38 лет.	1011,14
110754	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 41 года, 43 лет, 45 лет, 47 лет, 49 лет, 51 года, 53 лет, 55 лет, 57 лет, 59 лет, 61 года, 63 лет.	681,32

110755	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 40 лет, 42 лет, 44 лет, 46 лет, 48 лет, 50 лет, 52 лет, 54 лет, 56 лет, 58 лет, 60 лет, 62 лет, 64 лет.	727,77
110756	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 65 лет, 67 лет, 69 лет, 71 года, 73 лет, 75 лет, 77 лет, 79 лет, 81 года, 83 лет, 85 лет, 87 лет, 89 лет, 91 года, 93 лет, 95 лет, 97 лет, 99 лет.	654,94
110757	Проведение профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте: 66 лет, 68 лет, 70 лет, 72 лет, 74 лет, 76 лет, 78 лет, 80 лет, 82 лет, 84 лет, 86 лет, 88 лет, 90 лет, 92 лет, 94 лет, 96 лет, 98 лет.	701,39

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

3. В соответствии с пунктом 5 «Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования», Перечень групп, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее в разделе 2.3.2. Тарифного соглашения дополнить следующими КСГ:

st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.004	Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных

4. В связи с вступлением в силу Приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. №108н, раздел 4 Тарифного соглашения «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» изложить в следующей редакции:

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

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

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

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле: $H = PT \times K_{но}$,
где:

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий 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 (уменьшения оплаты).

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований),

страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле: $C_{шт} = РП \times K_{шт}$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{шт} = РП_{А базовый} \times K_{шт},$$

где:

$РП_{А базовый}$ - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением Липецкой области на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{шт} = РП_{СМП базовый} \times K_{шт},$$

где:

$РП_{СМП базовый}$ - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

$$C_{шт} = РП_{ПП базовый} \times K_{шт},$$

где:

$РП_{ПП базовый}$ - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$C_{шт} = РП_{СТ} \times K_{шт},$$

где:

$РП_{СТ}$ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа.

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

№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	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, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме		0,3
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения		1,0

	нового заболевания;		
1.2.2.	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.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.3.2.	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).		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 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.	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 оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,3
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		0,3
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		0,3

2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно		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 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.		0,3
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 оказания гражданам Российской Федерации бесплатной 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 показателях доступности и качества медицинской помощи;		0,3
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		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 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.		0,3
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	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:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	
3.2.2.	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	
3.2.3.	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	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, 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:		
3.3.2.	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	
3.4.	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.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), 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 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	0,3	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации	0,8	1,0

	преимущества 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.		
3.7.	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.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	
3.10.	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.	0,3	
3.12.	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.	0,9	1,0
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0	0
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи	0	0
Раздел 4. Дефекты оформления первичной 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 первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи	0,1	
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия	0,1	

	застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.		
4.4.	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)	0,5	
4.5.	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.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы		0,3
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту	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;	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 ОМС, адресе и т.д.)	1,0	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания	1,0	

	медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ		
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 ОМС на территории РФ	1,0	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС.	1,0	
5.3.2.	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.	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.	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 случаев оказания 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 нелегитимных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи 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;	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 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.	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 отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	1,0	
5.7.5.	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.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	

Расчеты размера 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, определенные разделом 4 настоящего Тарифного Соглашения, в соответствии с пунктом 1 статьи 4 Гражданского кодекса Российской Федерации распространяются на отношения, возникшие с 28 мая 2019 года.

Размеры вышеуказанных санкций по проводимым в 2019 году экспертизам медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в 2018 году, определяются в соответствии с Перечнем 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, утвержденным Тарифным соглашением по обязательному медицинскому страхованию на территории Липецкой области на 2018 год.

».

5. Таблицу в разделе 3.1.3.3.2. дополнить следующей медицинской услугой:

Код МЭС	Код по номенклатуре	Наименование	Тариф, руб.
Для консультативного приема			
300726	A09.05.225	Исследование уровня антимюллерова гормона в крови	1008,20

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

- с 01.05.2019г. в части пунктов 1-3 настоящего дополнительного соглашения;
- с 28.05.2019г. в части пункта 4 настоящего дополнительного соглашения;
- с 01.06.2019г. в части пункта 5 настоящего дополнительного соглашения.

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