

**ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ
В ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ
СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2014 ГОД**

г. Киров

30 июня 2014 года

1. В разделе 3 «Состав тарифов» пункт 3.3 изложить в следующей редакции:

«3.3. При оказании специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств межбюджетных трансфертов областного бюджета, передаваемых в бюджет Кировского областного ТФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в состав тарифов включены следующие статьи и подстатьи расходов МО в соответствии с КОСГУ:»

2. В приложении 1 «Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области»:

2.1. Пункт 7 дополнить подпунктом 7.6 следующего содержания:

«7.6. Стоимость законченного случая лечения, при оказании специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств межбюджетных трансфертов областного бюджета, передаваемых в бюджет Кировского областного ТФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждается Тарифным соглашением на основании нормативных правовых актов департамента здравоохранения Кировской области».

2.2. Абзац четвертый пункта 8.3 изложить в следующей редакции:

«где $\sum j$ – сумма принятых к оплате всех случаев оперативного лечения (за исключением случаев производства абортов, высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств межбюджетных трансфертов областного бюджета, передаваемых в бюджет Кировского областного ТФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, случаев оказания медицинской помощи гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территориях других субъектов Российской Федерации) по профилям коек и перечню МО, установленных решением комиссии по оценке деятельности учреждений здравоохранения, участвующих в пилотном проекте;

3. В приложении 9 «Тарифы законченного случая лечения на основе региональных медико-экономических моделей»:

3.1. Пункт 1.2 изложить в следующей редакции:

«1.2. Региональная медико-экономическая модель диспансерного наблюдения беременных в 19-23 недели со скрининговым ультразвуковым исследованием:

Код модели	Наименование модели	КодМКБ10	Тариф, руб.	
			без РК	с РК
S001.003	Диспансерное наблюдение беременной в 19-23 недели со скрининговым ультразвуковым исследованием	Z34, Z35, Z36.3-Z36.9	508,28	570,19

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 09.06.2014 № 416»;

3.2. В пункте 1.8 слова «В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 17.08.2012 № 1131» заменить словами «В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 03.06.2014 № 405»;

3.3. Дополнить пунктом 1.15 следующего содержания:

«1.15. Региональные медико-экономические модели оказания специализированной медицинской помощи больным с нестабильной стенокардией, острым и повторным инфарктом миокарда, помощи больным с инсультом, переходящими транзиторными церебральными ишемическими приступами (атаками) и родственными синдромами (поликлиника):

Код модели	Наименование модели	Наименование профиля	КодМКБ10	Тариф, руб.	
				без РК	с РК
S015.001.MD.06	Региональная медико-экономическая модель оказания специализированной медицинской помощи больным с нестабильной стенокардией, острым и повторным инфарктом миокарда в приемно-диагностическом отделении без последующей госпитализации	Кардиолог	I20.0 ;I21.4;I21.0; I21.1; I21.2; I21.3; I21.9; I22.0;I22.1;I22.8;I22.9; Z03.4	2077,71	2292,24
S023.001.MD.06	Региональная медико-экономическая модель оказания специализированной медицинской помощи больным с инсультом, переходящими транзиторными церебральными ишемическими приступами (атаками) и родственными синдромами в приемно-диагностическом отделении без последующей госпитализации	Невролог	G45.0;G45.1;G45.2; G45.3;G45.4; G45.8; G46.0; G46.1; G46.2; G46.3; G46.4; G46.5; G46.6; G46.7; G46.8; I60.0; I60.1; I60.2; I60.3; I60.4; I60.5; I60.6; I60.7; I60.8; I61.0; I61.1; I61.2; I61.3; I61.4; I61.5; I61.6; I61.7; I61.8; I62.0; I62.1; I62.9; I63.0; I63.1; I63.2; I63.3; I63.4; I63.5; I63.6; I63.7; I63.8; I64.0; Z03..5	1925,58	2124,39

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 27.06.2014 № 456».

4. Раздел 5 «Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов» приложения 11 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи и применяемые финансовые санкции» изложить в новой редакции. Прилагается.

5. В приложении 13 «Положение о правилах и способах оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области»:

5.1. Пункт 3.1.10.6 изложить в следующей редакции:

«3.1.10.6. Случаи оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров больным без последующей госпитализации оплачиваются на основе региональных медико-экономических моделей»;»;

5.2. Пункт 3.1.10.15 исключить;

5.3. Пункт 3.1.10.6 «3.1.10.6. случаи оказания медицинской помощи застрахованным лицам, получившим повреждение здоровья вследствие тяжелых

несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваниях, признанные страховыми государственным учреждением «Кировское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации» считать пунктом 3.1.11.6;

5.4. Пункт 3.1.10.9 «3.1.10.9 амбулаторные посещения в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи)» считать пунктом 3.1.11.9;

5.5. Пункт 3.1.21 «3.1.21. при отсутствии в медицинской организации врачей детских специальностей (детская онкология, детская хирургия, детская эндокринология, детская неврология и др.), случаи оказания медицинской помощи несовершеннолетним гражданам (не достигшим 18 лет) подлежат оплате по утвержденным тарифам для взрослого населения» считать пунктом 3.1.12;

5.6. пункт 3.3.1.6 изложить в следующей редакции:

«3.3.1.6. Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной и наоборот, в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно, однако являются одним законченным случаем лечения, оплата которого производится по утвержденной для круглосуточного стационара стоимости. Случаи оказания медицинской помощи в дневном стационаре с использованием вспомогательных репродуктивных технологий подлежат оплате независимо от фактов предшествующего или последующего перевода в круглосуточный стационар»;

5.7. пункт 3.5.1.1 изложить в следующей редакции:

«3.5.1.1. за готовность к оказанию скорой медицинской помощи и за безрезультативные выезды финансирование отделений и станций скорой медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу»;

5.8. пункт 3.5.3 дополнить предложением следующего содержания: «Безрезультативные выезды скорой медицинской помощи к оплате в реестрах счетов не предъявляются».

УТВЕРЖДЕНЫ
 решением комиссии по
 разработке территориальной
 программы обязательного
 медицинского страхования
 от 30.06.2014 № 7/1
 Приложение 11
 к Тарифному соглашению по оплате
 медицинской помощи в системе
 обязательного медицинского
 страхования Кировской области
 на 2014 год от 31.01.2014

Изменения в Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи и применяемые финансовые санкции

5.	Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов	
5.1. (5.1)	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:	
5.1.1. (5.1.1)	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам медико-экономического контроля (МЭК)
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП)
5.1.2. (5.1.2)	Сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП
5.1.3. (5.1.3)	Наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в т.ч. отсутствие кода услуги;	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП
5.1.4. (5.1.4)	Некорректное заполнение полей реестра счетов (в т.ч. использование недопустимых символов, несоответствие возраста пациента профилю оказанной медицинской помощи);	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП
5.1.5. (5.1.5)	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП
5.1.6. (5.1.6)	Дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК

	(без уважительных причин).	1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП	
5.2. (5.2)	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:	
5.2.1. (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.);	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК	–
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП	
5.2.2. (5.2.4)	Наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:	
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК	–
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП	
5.2.3. (5.2.5)	Включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащих страхованию по ОМС.	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:	
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК	–
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП	
5.3. (5.3)	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в Территориальную программу обязательного медицинского страхования:	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:	
5.3.1. (5.3.1)	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК	–
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП	
5.3.2. (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).	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:	
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК	–
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП	
5.4 (5.4.2)	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:	
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК	
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП	

5.5. (5.5)	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:	
5.5.1. (5.5.1)	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК
5.5.2. (5.5.2)	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК
5.5.3. (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).	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК
5.6. (5.6)	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи при выявлении нарушения по результатам МЭК
5.7.1. (5.7.1)	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, предъявленного к оплате повторно, при выявлении нарушения по результатам МЭК
5.7.2. (5.7.2)	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, предъявленного к оплате повторно, при выявлении нарушения по результатам МЭК
5.7.3. (5.7.3)	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно, при выявлении нарушения по результатам МЭК
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи,
		–

		включенный в реестр необоснованно, при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП	
5.7.4. (5.7.5)	Включение в реестр счетов: а) 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); б) пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационар (кроме дня поступления и выписки из стационара)	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:	—
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно, при выявлении нарушения по результатам МЭЖ	
5.7.5. (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.	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:	—
		100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно, при выявлении нарушения по результатам МЭЖ	
		1% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно, при выявлении нарушения по результатам МЭЭ и ЭКМП	