

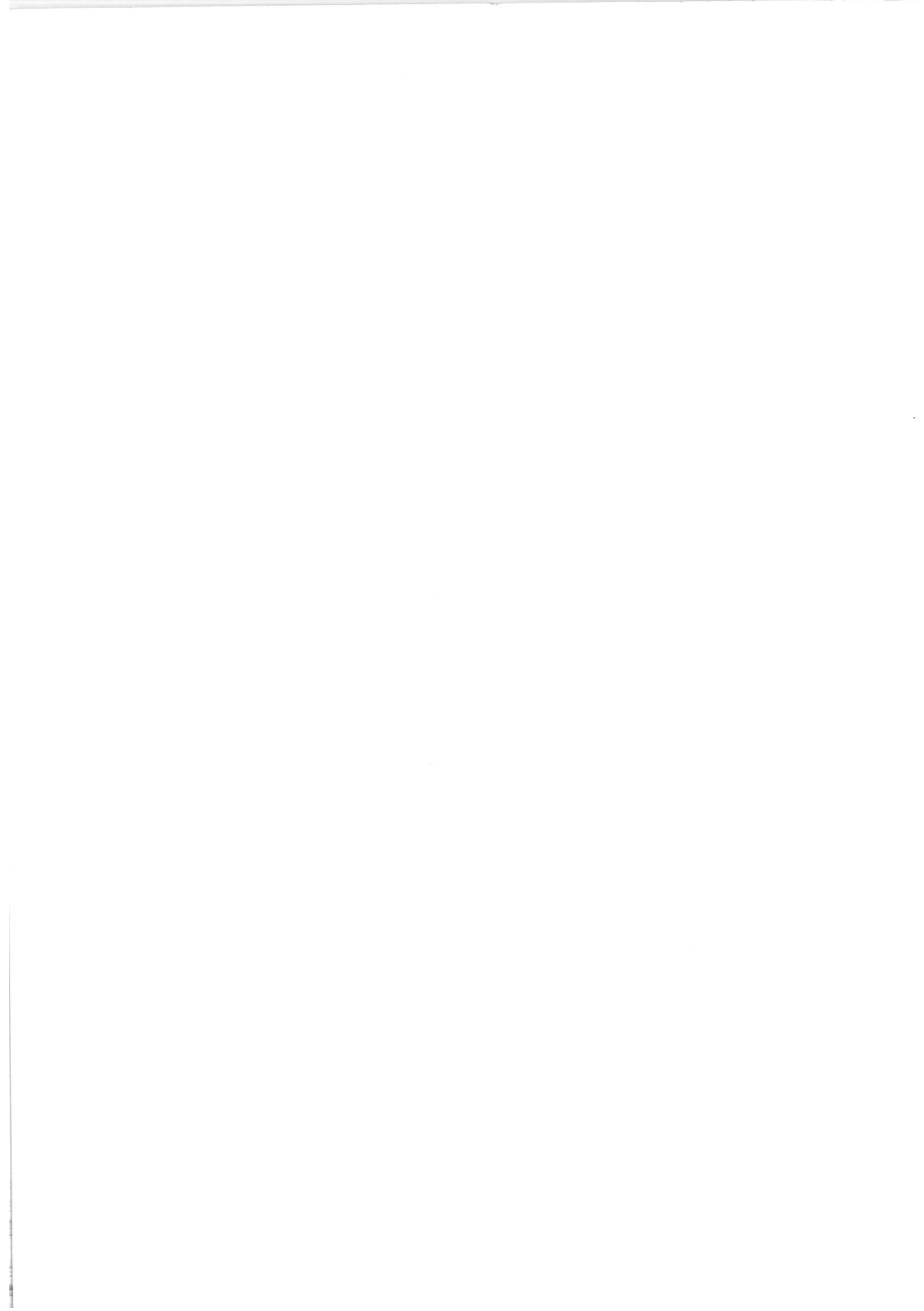
**Дополнительное соглашение № 5  
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования  
Волгоградской области от 27 января 2016 года**

**г. Волгоград**

**30 марта 2016 года**

Стороны, действующие в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 18.10.2013г. № 932, постановлением Администрации Волгоградской области от 13 февраля 2012г. № 89-п «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области» (с изменениями и дополнениями от 14 марта 2012г., 10 июля 2012 г., 23 апреля 2013 г., 24 марта 2014 г., 10 марта 2015 г.), Администрация Волгоградской области в лице заместителя Губернатора Волгоградской области Е.А. Харичкина, комитет здравоохранения Волгоградской области в лице председателя В.В. Шкарина, государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» в лице директора Т.В. Самариной, заместителя директора по мониторингу системы ОМС Т.Г. Грачевой, страховые медицинские организации в лице директора Волгоградского филиала акционерного общества "Страховая компания "СОГАЗ-Мед" В.В. Глазова, руководителя центра ЗПЗ и ЭКМП филиала закрытого акционерного общества "Капитал Медицинское страхование" в г. Волгограде О.В. Захарова, медицинские организации в лице главного врача ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1», Волгоград Н.А. Черняевой, главного врача ГБУЗ «Камышинская детская городская больница» Л.А. Муравьевой, Волгоградская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя И.В. Ерохиной, председателя комитета Волгоградской городской Думы по социальной политике, главного врача ГУЗ «Клиническая больница № 11», члена президиума Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Н.В. Трубиной, Волгоградское региональное отделение общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» в лице главного врача ГБОУ ВПО ВолГМУ Минздрава России (Клиника №1) Е.Н. Зюбиной, директора ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Волгоградской области» С.В. Симакова заключили настоящее дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области от 19.02.2015 г. (далее - дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести изменения в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области от 27 января 2016 года, согласно приложению к настоящему дополнительному соглашению.
2. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяет своё действие на правоотношения, возникшие с 12 февраля 2016 года.
3. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области от 27 января 2016 года.



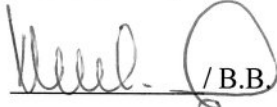
Представители сторон, участвующие в дополнительном соглашении:

От органа исполнительной власти Волгоградской области:

Заместитель Губернатора  
Волгоградской области

 / Е.А. Харичкин

Председатель комитета здравоохранения  
Волгоградской области

 / В.В. Шкарин

От Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»:

Директор «ТФОМС Волгоградской области»

 / Т.В. Самарина

Заместитель директора по мониторингу системы  
ОМС «ТФОМС Волгоградской области»

 / Т.Г. Грачева

От страховых медицинских организаций:

Директор Волгоградского филиала  
АО «Страховая компания "СОГАЗ-Мед"»


 / В.В. Глазов

Руководитель центра ЗПЗ и ЭКМП  
филиала ЗАО "Капитал Медицинское  
страхование" в г. Волгограде

 / О.В. Захаров

От медицинских организаций:

Главный врач  
ГБУЗ «ВОКБ №1»


 / Н.А. Черняева

Главный врач  
ГБУЗ «Камышинская детская городская больница»

 / Л.А. Муравьева

От профессионального союза медицинских работников:

Председатель Волгоградской областной организации  
профсоюза работников здравоохранения Российской  
Федерации

 / И.В. Ерохина

Председатель комитета Волгоградской городской Думы по  
социальной политике, главный врач ГУЗ «Клиническая больница № 11»,  
член президиума Волгоградской областной организации профсоюза  
работников здравоохранения Российской Федерации

 / Н.В. Трубина

От Волгоградского регионального отделения общероссийской общественной организации  
«Российская медицинская ассоциация»:

Главный врач ГБОУ ВПО «ВолгГМУ»  
Минздрава России (Клиника №1), член правления Волгоградского  
регионального отделения общероссийской общественной  
организации «Российская медицинская ассоциация»

 / Е.Н. Зюбина

Директор ГКУ «Дирекция по обеспечению  
деятельности государственных учреждений  
здравоохранения Волгоградской области»,  
член правления Волгоградского регионального  
отделения общероссийской общественной организации  
«Российская медицинская ассоциация»

 / С.В. Симаков



Приложение к дополнительному  
соглашению № 5 от 30 марта 2016 года  
к Тарифному соглашению в сфере ОМС  
Волгоградской области от 27 января 2016г.

Изменения, которые вносятся в Тарифное соглашение в сфере ОМС Волгоградской области от 27 января 2016 года

1. Раздел 4 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«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 (в том числе для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации)

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

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи (за размер тарифа для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, имеющей обслуживаемое население принимается средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденный постановлением Правительства РФ о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год);

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

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

$$C_{\text{шт}} = PP \times K_{\text{шт}},$$

где:

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

- коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:



N п/п	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи (K <sub>нп</sub> )	Коэффициент для определения размера штрафа (K <sub>шт</sub> )
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе 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 оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	-	0,3
1.2.	Несоблюденный 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 нового заболевания;	-	1,0
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.	Несоблюденный 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	-	1,0

1.3.2.	имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; 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
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения</b>			
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	-	0,5
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой	-	0,5



	государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи		
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи	-	0,5
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5
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;	-	0,5
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.	-	0,5
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	1,0
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	0,5
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственного гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	0,5
2.4.3.	о видах медицинской помощи,	-	0,5

	оказываемых данной медицинской организацией			
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-		0,5
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;	-		0,5
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.	-		0,5
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи.</b>				
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	0,3		-

	лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);			
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).	0,4	-	
3.4.	Прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5	-	

3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).	0,5	-	-
3.6.	Парушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,6	1,0	-
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.	0,8	-	-

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.	1,0	-
3.11.	Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	0,9	1,0
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.	0,3	-
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации.</b>			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному	1,0	-

лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.			
4.2. Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	0,1	-	
4.3. Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	-	
4.4. Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переформатирование истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,9	-	
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. Песоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	1,0	1,0	



4.6.1.	Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы.	1,0	
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов.</b>			
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 медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	1,0	-
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, 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 несоблюдением 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 нелегализованных 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	1,0	-

5.7.5.	<p>медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.</p> <p>Включение в реестр счетов медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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);</li> <li>- 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).</li> </ul>	1,0	
5.7.6.	<p>Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.</p>	1,0	