

СОГЛАШЕНИЕ № 6

о внесении изменений и дополнений в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 30.12.2016г.

г. Иркутск

« 25 » мая 2017г.

Ярошенко Олег Николаевич – министр здравоохранения Иркутской области,

Градобоев Евгений Валерьевич – директор государственного учреждения Территориальный фонд обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области,

Приходько Олег Адамович – директор Иркутского филиала ОАО «Страховая компания «РОСНО-МС», президент Ассоциации медицинских страховщиков Иркутской области,

Никифорова Светлана Владимировна - председатель Иркутской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации,

Гайдаров Гайдар Мамедович – председатель Правления Иркутского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российское общество по организации здравоохранения и общественного здоровья»,

Дудин Петр Евлампьевич – главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница»,

входящие в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее – Комиссия) и в дальнейшем именуемые Стороны, заключили настоящее Соглашение о внесении изменений и дополнений в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 30.12.2016 года (далее – Соглашение) о нижеследующем:

Внести в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 30 декабря 2016 года (в редакции Соглашений от 31.01.2017г., от 13.02.2017г., от 22.02.2017г., от 30.03.2017г., от 17.04.2017г.) (далее – Тарифное соглашение) следующие изменения и дополнения:

1. В Главе 2 Раздела 2 Тарифного соглашения Пункт 9.3. изложить в новой редакции:

« 9.3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар в пределах одной медицинской организации, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с пунктами 9.1 и 9.2. настоящей главы Тарифного соглашения. При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевание относится к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты»;

2. В Главе 3 Раздела 2 Тарифного соглашения Пункт 9.3. изложить в новой редакции:

« 9.3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара, в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный стационар в пределах одной медицинской организации, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевание относится к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты»;

3. Пункт 5.1. Главы 2 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«5.1. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях устанавливается в размере:

для медицинских организаций 1-го уровня – 0,77;

для медицинских организаций 2-го уровня – 0,99;

для медицинских организаций 3-го уровня – 1,16.

Распределение медицинских организаций по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи в стационарных условиях

указано в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты подуровней установлены в Приложении № 26 к Тарифному соглашению. Коэффициенты подуровней установлены с учетом уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, утвержденных планом мероприятий («дорожной картой») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Иркутской области».

Определение групп КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях, осуществляется в соответствии с Инструкцией.».

4. В таблице пункта 4 Раздела 4 Тарифного соглашения:

4.1. Пункт 3.11. таблицы признать утратившим силу;

4.2. Подпункт 1.1.3. пункта 1.1, пункт 3.5, пункт 4.2, подпункт 4.6.1 пункта 4.6 таблицы изложить в новой редакции:

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
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.	0,5	
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	

4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.		
--------	---	--	--

4.3. Пункт 4.6 таблицы дополнить новым подпунктом 4.6.2 следующего содержания:

4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту		
--------	---	--	--

5. Приложение № 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» к Тарифному соглашению изложить в следующей редакции (приложение № 1 к настоящему Соглашению).

6. Приложение № 6 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара» к Тарифному соглашению изложить в следующей редакции (приложение № 2 к настоящему Соглашению).

7. Приложение № 16 «Тариф на услуги диализа» к Тарифному соглашению изложить в следующей редакции (приложение № 3 к настоящему Соглашению).

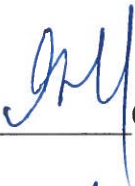
8. Приложение № 25 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях)» к Тарифному соглашению изложить в следующей редакции (приложение № 4 к настоящему Соглашению);

9. Приложение № 28 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара)» к Тарифному соглашению изложить в следующей редакции (приложение № 5 к настоящему Соглашению);

10. Пункты 1-3, 5-9 настоящего Соглашения распространяется на правоотношения, начиная с момента оплаты медицинской помощи за май 2017 года. Пункт 4 настоящего Соглашения распространяется на правоотношения возникшие с 16 мая 2017 года.

11. Настоящее Соглашение составлено в шести экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН




О.Н. Ярошенко



Е.В. Градобоев



О.А. Приходько



С.В. Никифорова



П.Е. Дудин



Г.М. Гайдаров