

Дополнительное соглашение № 3 к тарифному соглашению на 2013 год от 30.01.2013 года

4 марта 2013 года

г. Владимир

Департамент здравоохранения администрации области, в лице директора Безрукова В.А., территориальный фонд обязательного медицинского страхования Владимирской области, в лице директора Ефимовой О.М., Областная организация профсоюза работников здравоохранения, в лице председателя Солохиной С.Г., страховые медицинские организации, функционирующие в системе ОМС Владимирской области, в лице представителя, исполнительного директора филиала ЗАО «Капитал Медицинское страхование» в г. Владимире Антоновой Е.Е., руководствуясь Федеральным законом от 29.11.2010 года № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 года № 158н, заключили соглашение о нижеследующем:

1. Пункт 2.8. тарифного соглашения на 2013 год от 30.01.2013 года дополнить дефисами:

- на законченный случай первого этапа диспансеризации;
- на 1 посещение фельдшера (лечебное дело).

2. Абзац 12 пункта 3.1.1. тарифного соглашения на 2013 год от 30.01.2013 года изложить в следующей редакции:

«Замена должностей по штатным нормативам допускается в случае наличия врача – специалиста или фельдшера (лечебное дело), ведущих амбулаторный прием, должность которого приказами Министерства здравоохранения, используемыми для расчета штатных нормативов, не предусмотрена. Замена производится из числа должностей по специальностям ОМС, в том числе должность фельдшера (лечебное дело) - из числа врачебных должностей по специальностям ОМС, и в пределах фонда основной заработной платы работников, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС.»

3. Пункт 3.6. тарифного соглашения на 2013 год от 30.01.2013 года изложить в следующей редакции:

«3.6. По денежным выплатам:

Норматив по денежным выплатам (**Ндв**) на единицу объема в разрезе условий оказания медицинской помощи определяется по следующей формуле:

$$\text{Ндв} = \text{Т} * (\text{Кдв} - 1), \text{ где}$$

Т – тариф, сформированный по пяти видам расходов (заработная плата, начисления на оплату труда, медикаменты, питание, мягкий инвентарь);

Кдв. – коэффициент на денежные выплаты.

Коэффициент на осуществление денежных выплат (**Кдв**) рассчитывается в разрезе условий оказания медицинской помощи по формуле:

$$Кдв = \frac{Дв + Смп}{Смп}, \text{ где}$$

Дв – расчетная сумма денежных выплат, определенная комиссией по разработке территориальной программы ОМС для медицинской организации на месяц, скорректированная на сумму недополученных или полученных свыше средств на указанные цели в предыдущий период с начала финансового года относительно 1/12 годовой суммы, установленной на указанные цели комиссией по разработке территориальной программы ОМС;

Смп – стоимость медицинской помощи по пяти видам расходов за месяц (с учетом дополнительных счетов) по сведениям, полученным от медицинских организаций.»

4. Пункт 3.7. тарифного соглашения на 2013 год от 30.01.2013 года изложить в следующей редакции:

«3.7. По дополнительным видам расходов:

Норматив по дополнительным видам расходов (**Ндвр**) на единицу объема в разрезе условий оказания медицинской помощи определяется по следующей формуле:

$$Ндвр = Т * (Кдвр. - 1), \text{ где}$$

Т – тариф, сформированный по пяти видам расходов (заработная плата, начисления на оплату труда, медикаменты, питание, мягкий инвентарь);

Кдвр. – коэффициент на дополнительные виды расходов.

Коэффициент на дополнительные виды расходов (**Кдвр.**) определяется в разрезе условий оказания медицинской помощи по следующей формуле:

$$Кдвр = (Сумп + ДВР.) : Сумп, \text{ где}$$

С умп – умноженная на коэффициент денежных выплат стоимость медицинской помощи по пяти видам расходов за месяц (с учетом дополнительных счетов);

ДВР – 1/12 суммы средств на дополнительные виды расходов на год, определенной для медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы ОМС, скорректированная на сумму недополученных или полученных свыше средств на указанные цели в предыдущий период с начала финансового года.

При наличии финансовой возможности и при возникновении потребности медицинских организаций в средствах на содержание в отдельные месяцы (более 1/12 годовой суммы), на основании письменного обращения медицинской организации фонд ОМС увеличивает сумму средств, из которой рассчитываются коэффициенты на дополнительные виды расходов на отчетный месяц за счет соответствующего пропорционального уменьшения суммы на указанные цели на последующие месяцы, и в пределах средств на содержание медицинской организации на 2013 год, установленной комиссией по разработке территориальной программы ОМС.»

5. Пункт 7 тарифного соглашения на 2013 год от 30.01.2013 года после слов (дневных стационарах всех типов,» дополнить фразой «на законченный случай первого этапа диспансеризации».

6. Дополнить пунктом 7.3. следующего содержания:

«7.3. Тарифы на законченный случай первого этапа диспансеризации (Тзсд) взрослого населения в системе ОМС Владимирской области действуют единые для всех медицинских организаций области и определяются по формуле:

для возрастных групп от 21 по 48 лет, 54 года, 60 лет, 66 лет, 72 года, 78 лет, 84 года, 90 лет, 96 лет (для которых осмотр врача-невролога не предусмотрен):

Тзсд = Ттер. + STиссл., где

Ттер. – тариф, сформированный по четырем видам расходов, на одно посещение (осмотр) врача терапевта с профилактической целью медицинской организации;

STиссл. – сумма тарифов на исследования и иные мероприятия, проводимые на первом этапе диспансеризации конкретной половозрастной группы взрослого населения.

для возрастных групп 51 год, 57 лет, 63 года, 69 лет, 75 лет, 81 год, 87 лет, 93 года, 99 лет:

Тзсд = Ттер. + STиссл.+Тневр., где

Ттер. – тариф, сформированный по четырем видам расходов, на одно посещение врача терапевта с профилактической целью медицинской организации;

STиссл. – сумма тарифов на исследования и иные мероприятия, проводимые на первом этапе диспансеризации конкретной половозрастной группы взрослого населения.

Тневр.- тариф, сформированный по четырем видам расходов, на одно посещение (осмотр) врача невролога с профилактической целью медицинской организации.

7.3.1. Тарифы на посещения (осмотры) врачей (Ттер., Тневр.), на исследование или иное мероприятие Тиссл.) при проведении первого этапа диспансеризации взрослого населения рассчитываются по формуле:

$$T = \frac{(Зосн.+Здоп.+Стим.)+(Зобщечр.+Здоп.+Стим.) + Н}{В (эф.)} \times t \text{ вр} + РМ + Минв.,$$

Зосн. – основная зарплата прямых исполнителей: врачей, среднего медперсонала, участвующих в осмотре, исследовании или ином мероприятии, рассчитанная из базового оклада, среднего коэффициента квалификационного уровня, среднего коэффициента категории и с учетом компенсационных выплат;

Здоп. – дополнительная зарплата прямых исполнителей в размере 8 % к основной зарплате по поликлинике и 13% к основной зарплате по параклинике;

Стим. – стимулирующие выплаты в размере 40,375% к основной и дополнительной зарплате;

Зобщеучр. – зарплата общеучрежденческого персонала, определенная в размере 77% к основной зарплате прямых исполнителей;

Здоп. – дополнительная зарплата общеучрежденческого персонала в размере 8% к основной зарплате;

Н – начисления на оплату труда по нормативно установленному проценту к расходам на оплату труда;

РМ – норматив расходов на приобретение расходных материалов, хим.реактивов, рентгенпленки и прочих материальных запасов медицинского назначения, включаемый в тариф на посещение (осмотр), исследование или иное мероприятие, установленный совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС;

Минв. – норматив расходов на мягкий инвентарь включаемый в тариф на посещение (осмотр), исследование или иное мероприятие, установленный совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС;

t вp – норматив времени на посещение (осмотр), исследование или иное мероприятие, установленный совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС;

В (эф.) – эффективный месячный фонд рабочего времени в минутах врача или среднего медицинского персонала, установленный совместным приказом департамента здравоохранения и фонда ОМС.

7.3.2. Тарифы на законченный случай первого этапа диспансеризации взрослого населения по четырем видам расходов с 01 марта 2013 года устанавливаются согласно приложению №1 к дополнительному соглашению № 3 от 04.03.2013 года.»

7. Приложения № 8 и № 9 тарифного соглашения на 2013 год от 30.01.2013 года изложить в редакции согласно приложениям № 2 и № 3 соответственно к дополнительному соглашению № 3 от 04.03.2013 года.

8. В приложении № 10 к тарифному соглашению от 30.01.2013 «Положение о способах оплаты медицинской помощи и их применение при оплате медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, работающими в системе ОМС Владимирской области»:

1) первый абзац пункта 3.1. раздела 3. изложить в следующей редакции:
«Единицей учета медицинской помощи в амбулаторных условиях является:
- посещение;
- обращение по поводу заболевания;
- «законченный случай» первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.

2) подпункт 2. раздела 3.1. изложить в следующей редакции:
«профосмотры, патронажи, диспансеризация определенных групп взрослого

населения – посещения с профилактической целью.

Для учета и формирования реестров счетов диспансеризации определенных групп взрослого населения используются «Талон амбулаторного пациента Д 1 этапа», «Талон амбулаторного пациента Д 2 этапа», «Карта учета диспансеризации».»;

3) раздел 3.1.1. дополнить пунктом «15.) посещения к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), неврологу по поводу диспансеризации определенных групп взрослого населения

первый этап диспансеризации:

1 посещение (терапевт) - для возрастных групп от 21 по 48 лет, 54 года, 60 лет, 66 лет, 72 года, 78 лет, 84 года, 90 лет, 96 лет;

2 посещения (терапевт, невролог) - для возрастных групп 51 год, 57 лет, 63 года, 69 лет, 75 лет, 81 год, 87 лет, 93 года, 99 лет.

Оплата первого этапа диспансеризации осуществляется по тарифам на законченный случай первого этапа диспансеризации и кодируется - Z13.9.

второй этап диспансеризации

Оплата на втором этапе диспансеризации (осмотры врачей-специалистов) осуществляется по тарифам посещений по поводу заболевания с соответствующим диагнозом.

При посещении для оформления Паспорта здоровья использовать код – Z71.2.

Посещения выставляются на оплату медицинской организацией, по месту прохождения осмотра.

Для каждого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения формируются отдельные реестры счетов (реестры счетов 1 этапа, реестры счетов 2 этапа).

В случае привлечения соответствующих врачей-специалистов других медицинских организаций результаты осмотров и исследований фиксируются в форме 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» и передаются в медицинскую организацию, ответственную за проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения.»;

4) в разделе 3.4.2. исключить слова «смерть до приезда бригады скорой медицинской помощи»;

5) пункт 1. раздела 3.5.:

а) второй абзац исключить;

б) третий абзац дополнить словами: «по тарифам, действующим в отчетном месяце»;

в) четвертый абзац дополнить словами: «по тарифам, сформированным по пяти статьям расходов, действующим на день выписки пациента (с учетом

коэффициентов индексации в части пяти статей расходов), и применением коэффициентов, действующих в отчетном месяце в части денежных выплат и дополнительных видов расходов».

9. Последний абзац пункта 4 и подпункт 5 пункта 8 данного соглашения распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2013 года.

10. Данное соглашение вступает в силу с момента его подписания.

Директор департамента здравоохранения
администрации Владимирской области

В.А. Безруков

Директор территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Владимирской области

О.М.Ефимова

Председатель Областной организации
профсоюза работников здравоохранения

С.Г. Солохина

Представитель СМО, функционирующих в
системе ОМС Владимирской области,
исполнительный директор филиала ЗАО
«Капитал Медицинское страхование»
в г. Владимире

Е.Е.Антонова