

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

«12» января 2017 г.

Департамент здравоохранения администрации Владимирской области в лице директора А.В. Кирюхина, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Владимирской области в лице директора О.М. Ефимовой, Владимирская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя С.Г. Солохиной, страховые медицинские организации, функционирующие в сфере ОМС Владимирской области, в лице представителя –директора филиала ООО «РГС-Медицина» во Владимирской области Е.Е. Антоновой, Региональная общественная организация «Врачебная палата Владимирской области» в лице президента А.И. Ильина, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее тарифное соглашение о нижеследующем:

І. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н, постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», постановлением администрации Владимирской области от 21.12.2016 № 1139 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», приказом ФОМС от 18.11.2014 № 200 «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и иными нормативными правовыми актами.

1.2. Предметом тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением администрации Владимирской области от 21.12.2016 № 1139, в

части территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС).

1.3. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС, их размер и структуру, способы оплаты медицинской помощи, порядок применения тарифов в медицинских организациях, размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.4 Тарифы по ОМС применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Владимирской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

1.5. Действие тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Владимирской области.

1.6. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории Владимирской области в рамках территориальной программы ОМС, осуществляется страховыми медицинскими организациями, включенными в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и заключившими договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС Владимирской области, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

1.7. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Владимирской области, лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется ТФОМС Владимирской области в соответствии с действующим законодательством.

1.8. Для целей настоящего тарифного соглашения используются следующие основные понятия:

территориальная программа обязательного медицинского страхования (территориальная программа ОМС) – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования;

тарифы на оплату медицинской помощи – денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС как составной части территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи;

подушевой норматив финансирования – плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, предназначенная для оплаты первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;

застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

прикрепленные (прикрепившиеся) граждане – застрахованные во Владимирской области граждане, обслуживаемые в конкретной медицинской организации по месту жительства (территориальному принципу), а также граждане, подавшие заявление на обслуживание в этой медицинской организации, но проживающие вне зоны обслуживания; понятие вводится как учетная величина при финансировании амбулаторно-поликлинических учреждений на основе подушевого норматива и не ограничивает получение медицинской помощи гражданами в других медицинских организациях;

медицинская помощь – комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, санитарно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и др.), направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья;

медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

медицинская организация – юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность, на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

страховая медицинская организация – страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке, и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

посещение – это контакт застрахованного лица с врачом (кроме врачей параклинических специальностей) или медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование и ведущим самостоятельный прием; посещение (по поводу заболевания, с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебно-диагностической целью, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного;

обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания; под законченным случаем лечения заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, либо пациент направляется в дневной стационар или на госпитализацию в круглосуточный стационар; результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента;

случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

законченный случай лечения в стационаре или дневном стационаре – совокупность медицинских услуг (комплекс лечебно-диагностических мероприятий), предоставленных пациенту в стационаре (дневном стационаре) в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента);

прерванный случай оказания медицинской помощи - это случай при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, а также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно;

статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 066/у) заполняется лечащим врачом на каждом этапе лечения, в том числе при переводе

больного из одного отделения в другое по поводу другого или сопутствующего заболевания в пределах одной медицинской организации; при этом заполняется одна карта стационарного больного с переводным эпикризом, в котором делается запись о состоянии больного при поступлении, переводе в другое отделение для обоснования способа оплаты данного этапа лечения;

клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний - группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратно-емкости, отличный от коэффициента относительной затратно-емкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп;

клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

медико-экономический контроль (МЭК) – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации медицинской организации;

экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи;

условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме;

высокотехнологичная медицинская помощь – медицинская помощь, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые во Владимирской области

2.1. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи (медицинская помощь в амбулаторных условиях), и их применение

2.1.1. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, и предоставляется:

а) в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц (приложение № 1 к настоящему тарифному соглашению);

б) в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц (приложение № 2 к настоящему тарифному соглашению).

2.1.2. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой, неотложной формах и включает в себя:

а) первичную доврачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием;

б) первичную врачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);

в) первичную специализированную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачами-специалистами.

2.1.3. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанной на территории Владимирской области:

а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

б) за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай); используется при оплате:

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- за посещение с целью оказания неотложной медицинской помощи;

- медицинской помощи по профилям «стоматология», «акушерство и гинекология»;

- медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья;

- посещения по поводу заболевания с консультативной целью в консультативные поликлиники ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница», ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» и ГБУЗ ВО "Областной центр специализированных видов медицинской помощи";

- законченного случая диспансеризации определенных групп взрослого населения;

- законченного случая профилактических осмотров взрослого населения;

- законченного случая диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях;

- законченного случая диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе, усыновлённых(удочеренных), принятых под опеку(попечительство) в приемную или патронатную семью;

- законченного случая профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

- законченного случая предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних;

- законченного случая периодических медицинских осмотров несовершеннолетних;

- отдельных медицинских услуг, в том числе диагностических.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу. В целях учета объемов медицинской помощи целесообразно учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение.

При оплате стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение, обращение.

Для учета медицинской помощи в стоматологии можно учитывать 1 обращение при оказании медицинской помощи по поводу 2-х и более диагнозов в один день с оформлением одного Талона амбулаторного пациента, при этом, в реестр счетов выставлять основной диагноз – наиболее значимый по объему проведенного лечения. Данные случаи лечения подлежат обязательной медико-экономической экспертизе. При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям рекомендуется учитывать условные единицы трудоемкости в соответствии с рекомендованным классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи (приложение №3 к настоящему тарифному соглашению).

2.1.4. Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется в соответствии с постановлением администрации Владимирской области от 21.12.2016 № 1139 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и их применение

2.2.1. Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, оказывается в стационарных условиях врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию; предоставляется в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (приложение № 4 к настоящему тарифному соглашению).

2.2.2. Способы оплаты специализированной медицинской помощи в условиях стационара:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующие КСГ/КПГ;

б) за законченный случай лечения заболевания по нормативу финансовых затрат по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара;

в) за прерванный случай оказания медицинской помощи.

2.2.3. Формирование КСГ/КПГ (КПГ в исключительных случаях, если нозологическая форма не укладывается в справочник КСГ) осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Минздрава России и ФОМС от 22.12.2016 №11-8/10/2-8266 №12578/26/и)

и Инструкцией по группировке случаев, в том числе правил учета дополнительных классификационных критериев (письмо ФОМС от 27.12.2016 №12708/26-2/и).

2.2.4. В случае проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью в период его нахождения в стационаре заместительной почечной терапии методом гемодиализа оплата производится за фактически проведенные сеансы по тарифу на услугу, применяемые дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

2.2.5. Медицинские услуги по тарифу за проведенный гемодиализ выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

2.2.6. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

При проведении пациенту хирургической операции, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ, кроме прерванных случаев оказания медицинской помощи приведенных в таблице, оплата которых осуществляется в полном объеме:

Таблица 2.1

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
97	Сотрясение головного мозга
113	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
159	Замена речевого процессора
160	Операции на органе зрения (уровень 1)
161	Операции на органе зрения (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
191	Операции на сосудах (уровень 3)
206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
222	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
258	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани
262	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство, оплачиваются в размере 25% от стоимости КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

2.2.7. При переводе пациента из одного отделения в другое отделение медицинской организации в рамках круглосуточного стационара, 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 (т.е. по двум КСГ), за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ («Осложнения, связанные с беременностью» и «Родоразрешение», а также «Осложнения, связанные с беременностью» и 5 «Кесарево сечение») возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

О14.1 Тяжелая преэклампсия.

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

При переводе из одного отделения в другое в одной медицинской организации и в случае, если заболевание относится к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом относительной затратно-емкости.

2.2.8. Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи.

Организация оказания высокотехнологичной помощи осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением информационной системы».

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403, в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи к оплате по нормативу финансовых затрат может быть предъявлен только один законченный случай лечения за период госпитализации.

Случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, и их применение

2.3.1. Медицинская помощь в условиях дневных стационаров предоставляется в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) согласно приложению №5 к настоящему тарифному соглашению.

2.3.2. Оплата первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях дневных стационаров осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ/КПГ;
- за прерванный случай оказания медицинской помощи.

2.3.3. Формирование КСГ/КПГ (КПГ в исключительных случаях, если нозологическая форма не укладывается в справочник КСГ) осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Минздрава России и ФОМС от 22.12.2016 №11-8/10/2-8266 №12578/26/и) и Инструкцией по группировке случаев, в том числе правил учета дополнительных классификационных критериев (письмо ФОМС от 27.12.2016 №12708/26-2/и).

2.3.4. Оплата случаев прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров.

Прерванные случаи оказания медицинской помощи при проведении пациенту хирургической операции, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ/КПГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ/КПГ кроме прерванных случаев оказания медицинской помощи приведенных в таблице, оплата которых осуществляется в полном объеме:

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
111	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство, оплачиваются в размере 15% от стоимости, соответствующей КСГ/КПП.

По каждому прерванному случаю оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара должна быть проведена медико-экономическая экспертиза, а при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.3.5. Порядок оплаты при переводе пациента из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

При переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара, а также при переводе из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении.

При переводе пациента из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар (и наоборот), из одной медицинской организации в другую 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, 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 по каждому случаю лечения должна быть проведена медико-экономическая экспертиза или, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

При переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара в одной медицинской организации, а заболевание относится к одному классу МКБ-10 оплате подлежит КСГ/КПП с наибольшим размером оплаты.

Для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт больных дневных стационаров.

При дублировании сроков лечения в отделении дневного стационара со сроками лечения в круглосуточном стационаре в разных или в одной и той же медицинской организации, или в другом дневном стационаре одной и той же

медицинской организации, или в дневном стационаре другой медицинской организации, отклоняются от оплаты оба случая полностью до момента получения результатов медико-экономической экспертизы.

2.4. Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, и их применение

2.4.1. Скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

2.4.2. Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации, предоставляется медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций) согласно приложению №6 к настоящему тарифному соглашению.

2.4.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по подушевому нормативу финансирования (в части медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории Владимирской области) в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.4.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется за вызов:

а) скорой медицинской помощи с применением медицинской технологии «тромболизис»;

б) скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, находящимся вне территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.5. Учет медицинской помощи

Учет всех видов медицинской помощи осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями департамента здравоохранения администрации области и ТФОМС Владимирской области «Порядок учета медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи».

Уровень медицинских организаций государственной системы здравоохранения Владимирской области определяется департаментом здравоохранения администрации Владимирской области.

Уровень федеральных медицинских организаций и медицинских организаций частной системы здравоохранения устанавливается Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», и включают в себя: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 обращение в связи с заболеванием, 1 посещение с профилактической целью, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определенных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров (в том числе КСГ и КПГ), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

3.1. Размер тарифов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи,

оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Владимирской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 3 178,08 руб.

3.1.2. Объем финансового обеспечения амбулаторной помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, определяется исходя из следующих параметров:

а) базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 1 застрахованного прикрепленного гражданина (таблица 1 приложения №7 к настоящему тарифному соглашению);

б) интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива (таблица 2 приложения №7 к настоящему тарифному соглашению);

в) численности прикрепленного застрахованного населения (пересматривается на 1 число каждого квартала).

При установлении интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива применяются:

а) коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива финансирования по полу и возрасту (приложение №8 к настоящему тарифному соглашению);

б) коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения;

в) коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций.

3.1.3. Для оплаты единицы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются тарифы:

а) на посещения с профилактической целью врачей-специалистов, на посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, на посещения к врачам-специалистам по поводу заболевания, на обращения к врачам-специалистам по поводу заболевания (приложение №9 к настоящему тарифному соглашению);

б) на посещения по поводу заболевания с консультативной целью в консультативные поликлиники ГБУЗВО «Областная детская клиническая больница», ГБУЗВО «Областная клиническая больница» и ГБУЗ ВО «Областной центр специализированных видов медицинской помощи» (приложение №10 к настоящему тарифному соглашению);

в) на посещения Центра здоровья с целью комплексного обследования и динамического наблюдения (приложение №11 к настоящему тарифному соглашению);

г) на медицинскую услугу с целью проведения сеанса амбулаторного диализа (приложение №12 к настоящему тарифному соглашению);

д) на отдельные медицинские услуги, в том числе диагностические (приложение №13 к настоящему тарифному соглашению);

е) на проведение диспансеризации взрослого населения (таблица 1 приложения №14 к настоящему тарифному соглашению);

ж) на законченный случай первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (таблица 2 приложения №14 к настоящему тарифному соглашению);

з) на законченный случай первого этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (таблица 3 приложения №14 к настоящему тарифному соглашению);

и) на законченный случай периодических медицинских осмотров несовершеннолетних (таблица 4 приложения №14 к настоящему тарифному соглашению);

к) на законченный случай первого этапа предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних (таблица 5 приложения №14 к настоящему тарифному соглашению);

л) на профилактические медицинские осмотры взрослого населения (таблица 6 приложения №14 к настоящему тарифному соглашению).

3.2.Размер тарифов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 3 705,58 руб.

3.2.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ или КПП, и установленные коэффициенты относительной затратноности для определения стоимости КСГ или КПП по стационарной помощи приведены в приложении №15 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП, (базовая ставка) определяется исходя из следующих параметров:

а) общий объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в рамках системы КСГ или КПП заболеваний по нормативам, установленным территориальной программой ОМС;

б) общее количество случаев госпитализации, подлежащих оплате в рамках системы КСГ или КПП заболеваний;

в) средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ или КПП.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП, (базовая ставка) приведен в приложении №16 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.4. Поправочные коэффициенты, применяемые к базовой ставке для определения стоимости законченного случая лечения, включают в себя нижеприведенные коэффициенты.

3.2.4.1. Управленческий коэффициент – устанавливается для конкретной КСГ или КПП с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализаций при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. Кроме того, данный коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий;

3.2.4.2. Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи - устанавливается в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцировано для медицинских организаций и (или) структурных подразделений и отражающий разницу в затратах на оказание медицинской помощи пациентам (приложение №17 к настоящему тарифному соглашению).

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н в составе Правил обязательного медицинского страхования, в каждом уровне оказания медицинской помощи могут быть выделены подуровни, включающие не менее двух стационаров, с установлением в тарифном соглашении для каждого подуровня отдельного коэффициента.

Перечень КСГ, по которым при определении стоимости законченного случая лечения не применяется коэффициент уровня (подуровня), приведен в приложении №18 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.4.3. Коэффициент сложности лечения пациента – учитывает высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам и применяется в отдельных случаях (приложение №19 к настоящему тарифному соглашению).

В случае если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличается от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более чем на 10% либо не обеспечивает размер денежных выплат стимулирующего характера, предусматривающий рост заработной платы в соответствии с индикаторами государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013-2020 годы», утвержденной постановлением Губернатора области от 30.04.2013 № 494, и «дорожной карты», необходимо проведение анализа структуры госпитализации и принятие управленческих решений по оптимизации уровня и структуры госпитализаций, в том числе утверждение управленческого коэффициента, коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи и выделение подгрупп в структуре КСГ.

3.2.5. Нормативы финансовых затрат на законченный случай лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, приведены в приложении №20 к настоящему тарифному соглашению.

3.3. Размер тарифов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 682,20 руб.

3.3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ или КПГ, и установленные коэффициенты относительной затратно-емкости для определения стоимости КСГ или КПГ в условиях дневного стационара приведены в приложении №21 к настоящему тарифному соглашению.

3.3.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ, (базовая ставка) определяется исходя из следующих параметров:

а) общий объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в рамках системы КСГ или КПГ заболеваний по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования;

б) общее количество законченных случаев, подлежащих оплате в рамках системы КСГ или КПГ заболеваний;

в) средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ или КПГ.

Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ или КПГ, (базовая ставка) приведен в

приложении №22 к настоящему тарифному соглашению.

3.3.4. Поправочные коэффициенты, применяемые к базовой ставке для определения стоимости законченного случая лечения, включают в себя нижеприведенные коэффициенты.

3.3.4.1. Управленческий коэффициент – устанавливается для конкретной КСГ или КПП с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализаций при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных методов хирургического лечения (в том числе в условиях «хирургии одного дня») и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. Управленческий коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

3.3.4.2. Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи – устанавливается в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцировано для медицинских организаций и (или) структурных подразделений и отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи пациентам (приложение №23 к настоящему тарифному соглашению).

Перечень КСГ, по которым при определении стоимости законченного случая лечения не применяется коэффициент уровня (подуровня), приведен в приложении №24 к настоящему тарифному соглашению.

3.3.4.3. Коэффициент сложности лечения пациента – учитывает высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам и применяется в отдельных случаях.

3.4.Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 527,40 руб.

3.4.2. Объем финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, определяется исходя из следующих параметров:

а) базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 1 застрахованного обслуживаемого гражданина (таблица 1 приложения №25 к настоящему тарифному соглашению);

б) интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива (таблица 2 приложения № 25 к настоящему тарифному соглашению);

в) численности прикрепленного застрахованного населения в разрезе пола и возраста (пересматривается на 1 число каждого квартала).

При установлении интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива применяются:

а) коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива финансирования по полу и возрасту (приложение № 26 к настоящему тарифному соглашению);

б) коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения;

в) коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций.

3.4.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи) представлены в приложении №27 к настоящему тарифному соглашению.

IV. 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

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Контроль) осуществляется страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Владимирской области в соответствии с приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Результаты проведенного Контроля оформляются актами медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с приказом ФОМС от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

В соответствии со ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные ст. 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В случае выявления по результатам Контроля неисполнения медицинской организацией условий заключенного договора применяются меры в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения

оплаты медицинской помощи.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно ст.41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

4.1. Санкции, применяемые к медицинским организациям

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}}, \text{ где:}$$

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

$C_{\text{шт}}$ – 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:

$$H = PT \times K_{\text{но}}, \text{ где:}$$

PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{\text{но}}$ – 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:

Таблица 4.1

Размер $K_{\text{но}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2
0,5	1.5; 3.4; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт}, \text{ где:}$$

РП – 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;

$K_{шт}$ – коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Таблица 4.2

Размер $K_{шт}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

Размеры санкций, применяемых к медицинской организации, определены в приложении №28к настоящему тарифному соглашению.

В. Заключительные положения

5.1. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи

При финансовой возможности для увеличения тарифов на оплату медицинской помощи, ТФОМС Владимирской области вносит предложение об установлении коэффициентов индексации.

Коэффициенты индексации тарифов могут дифференцироваться по условиям оказания медицинской помощи, по медицинским организациям (при индексации отдельных статей расходов в тарифах), в том числе в целях достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения области.

Коэффициенты индексации тарифов устанавливаются тарифным соглашением.

5.2. Срок действия тарифного соглашения и порядок его изменения

Настоящее тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2017г. и действует по 31.12.2017 г.

Тарифное соглашение от 25.01.2016 г. считать утратившим силу с 01.01.2017 г.

Досрочное расторжение тарифного соглашения возможно по соглашению

сторон, оформленному в письменной форме.

Тарифное соглашение считается пролонгированным на один год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении не позднее, чем за один месяц до окончания срока его действия.

Изменения и дополнения к настоящему тарифному соглашению могут вноситься только в письменном виде. В случае возникновения споров по настоящему тарифному соглашению стороны принимают все меры к разрешению их путем переговоров. При недостижении согласия, стороны разрешают споры в арбитражном суде.

Директор департамента
здравоохранения администрации
Владимирской области

А.В. Кирюхин

Директор территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Владимирской области

О.М. Ефимова

Председатель Областной организации
профсоюза работников здравоохранения

С.Г. Солохина

Представитель страховых медицинских организаций,
функционирующих в системе ОМС
Владимирской области,
директор филиала ООО «РГС-Медицина» во Владимирской
области

Е.Е. Антонова

Президент региональной общественной организации
«Врачебная палата Владимирской области»

А.И.Ильин

