

## ДОПОЛНЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ В ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Министерство здравоохранения Калужской области в лице министра здравоохранения Калужской области Е.В. Разумеевой, действующей на основании Положения о министерстве здравоохранения Калужской области, утвержденного постановлением Правительства Калужской области от 12.04.2004 № 268;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области в лице директора Н.Н. Азаровой, действующей на основании Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Калужской области, утвержденного постановлением Правительства Калужской области от 21.12.2011 № 685;

Калужский филиал ЗАО «МАКС-М» в лице директора С.П. Ковалевой, действующей на основании Положения о филиале, утвержденного решением общего собрания акционеров ЗАО «МАКС-М» от 22.02.1999, доверенности от 29.12.2012 № 19 (МЕД);

Калужская областная общественная организация «Врачи Калужской области» в лице президента Е.Н. Алешинной, действующей на основании Устава;

Калужская областная организация Профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Л.И. Галкиной, действующей на основании Устава профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, являющиеся сторонами Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования в Калужской области (далее – Соглашение), договорились о внесении в Соглашение следующих дополнений и изменений:

**1.** По тексту Соглашения слова «ГБУЗ КО «Калужская областная больница» заменить словами «ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница».

**2.** Дополнить пункт 3.5.11 Соглашения абзацами следующего содержания:

«Для подтверждения потребности в дополнительных средствах на оплату медицинской помощи страховая медицинская организация представляет в Фонд следующие документы:

- заявку на выделение недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области (**Приложение № 11 к настоящему Соглашению**);

- отчет об использовании целевых средств ОМС (**Приложение № 12 к настоящему Соглашению**);

- справку о финансировании медицинских организаций из средств ОМС (**Приложение № 13 к настоящему Соглашению**);

- копию выписки из лицевого счета на день подачи заявки.

В течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями, страховая медицинская организация представляет в Фонд отчет об использовании средств, выделенных из нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области (**Приложение № 14 к настоящему Соглашению**)».

**3.** Дополнить пункт 3.8.1 Соглашения абзацем четырнадцатым следующего содержания: «Медицинская услуга по офтальмологии «интраокулярное введение люцентиса»» оказывается в КФ ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации по направлениям министерства здравоохранения Калужской области с 01.08.2013 по 31.12.2013 жителям Калужской области, застрахованным на территории Калужской области».

**4.** Раздел 3.8. Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования в Калужской области дополнить пунктом 3.8.16 следующего содержания:

«В случае наличия по истечении календарного года экономии целевых средств, образовавшейся в результате превышения суммы ежемесячных объемов средств для оплаты медицинской помощи, рассчитанных для страховых медицинских организаций исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, над объемом целевых средств фактически направленных страховыми медицинскими организациями на оплату медицинской помощи, Фонд направляет экономию на пополнение нормированного страхового запаса после завершения расчетов со страховыми медицинскими организациями за прошедший год».

**5.** В Приложении №1 Соглашения в таблице «Круглосуточный стационар (стоимость 1 койко-дня)»:

а) строки:

ПРОФИЛЬ	Городской уровень 1	Городской уровень 2 а	Клинический уровень	Межрайонные центры, Городской уровень № 2	Районный уровень 1	Районный уровень 3- село	Федеральный уровень
Гастроэнтерологические для детей		1 022,64	1 214,01	1 187,63			
Гематологические для детей			1 526,44				
Дерматологические			946,67				820,82
Дерматологические для детей			921,67				
Кардиологические для детей		1 020,76	1 258,35	1 185,75			
Неврологические для детей		972,90	1 191,16	1 148,89			
Нейрохирургические для детей			1 811,57				
Нефрологические для детей		1 046,12	1 274,60	1 211,11			
Ожоговый для детей			1 978,13				
Онкологические для детей			4 192,24				
Ортопедические для детей			1 768,64				
Отоларингологические для детей		999,94	1 270,39	1 184,93			

Офтальмологические для детей (КОД)			1 260,24				
Патология новорожденных и недоношенных детей		2 203,33	2 427,50	2 368,32			2 368,32
Педиатрические		1 187,89	1 452,79	1 245,12	1 188,06	1 344,30	1 245,12
Пульмонологические для детей		1 095,46	1 341,87	1 309,56			
Травматологические для детей			1 756,29				
Урологические для детей			1 740,69				
Хирургические для детей (с наркозом)			1 790,32				1 700,50
Челюстно-лицевая хирургия для детей (с наркозом)			1 889,44				
Эндокринологические для детей		1 143,09	1 388,11	1 334,12			

заменить соответственно строками следующего содержания:

ПРОФИЛЬ	Городской уровень 1	Городской уровень 2 а	Клинический уровень	Межрайонные центры, Городской уровень № 2	Районный уровень 1	Районный уровень 3- село	Федеральный уровень
Гастроэнтерологические для детей		1 022,64	1 616,25	1 187,63			
Гематологические для детей			1 772,41				
Дерматологические			1 175,62				820,82
Дерматологические для детей			1 150,62				
Кардиологические для детей		1 020,76	1 490,89	1 185,75			
Неврологические для детей		972,90	1 221,06	1 148,89			
Нейрохирургические для детей			2 327,67				
Нефрологические для детей		1 046,12	1 274,6	1 211,11			
Ожоговый для детей			2 581,87				
Онкологические для детей			4 192,24				
Ортопедические для детей			2 154,76				
Отоларингологические для детей		999,94	1 506,13	1 184,93			
Офтальмологические для детей (КОД)			1 727,09				
Патология новорожденных и недоношенных детей		2 203,33	2 928,45	2 368,32			2 368,32
Педиатрические		1 187,89	1 452,79	1 245,12	1 188,06	1 344,30	1 245,12
Пульмонологические для детей		1 095,46	1 382,0	1 309,56			
Травматологические для детей			2 553,47				
Урологические для детей			2 124,58				
Хирургические для детей			2 516,92				1 700,50
Челюстно-лицевая хирургия для детей			1 889,44				
Эндокринологические для детей		1 143,09	1 388,11	1 334,12			

б) исключить строку:

ПРОФИЛЬ	Городской уровень 1	Городской уровень 2 а	Клинический уровень	Межрайонные центры, Городской уровень № 2	Районный уровень 1	Районный уровень 3- село	Федеральный уровень
Неврологические (неврологическое отделение восстановительного лечения)			1 467,08				

в) дополнить строкой следующего содержания:

ПРОФИЛЬ	Городской уровень 1	Городской уровень 2 а	Клинический уровень	Межрайонные центры, Городской уровень № 2	Районный уровень 1	Районный уровень 3- село	Федеральный уровень
Реабилитационные для больных с заболеваниями ЦНС и органов чувств			1 893,00				

6. В Приложении №1 Соглашения в таблице «Дневной стационар при поликлинике стоимость 1 пациенто-дня» строку:

Профиль	Городской уровень 2а	Клинический уровень	Районный уровень 1	Районный уровень 3- село	Федеральный уровень
Дерматологические		426,47			426,47

заменить строкой следующего содержания:

Профиль	Городской уровень 2а	Клинический уровень	Районный уровень 1	Районный уровень 3- село	Федеральный уровень
Дерматологические		547,7			426,47

7. В Приложении №1 Соглашения в таблице «Дневной стационар на дому стоимость 1 пациенто-дня» строку:

Профиль	Городской уровень 2а	Клинический уровень	Межрайонные центры, городской уровень 2	Районный уровень 3- село	Федеральный уровень
Дерматологические		432,72			

заменить строкой следующего содержания:

Профиль	Городской уровень 2а	Клинический уровень	Межрайонные центры, городской уровень 2	Районный уровень 3- село	Федеральный уровень
Дерматологические		578,63			

8. В Приложении №1 Соглашения в таблице «Поликлиника стоимость на 1 посещение»

а) строки:

Специальность/услуга	Городской уровень 1	Городской уровень 2а	Клинический уровень	Межрайонные центры, городской уровень 2	Районный уровень 1	Районный уровень 3-село	Федеральный уровень
Дерматолог (выездная бригада - взрослые)			291,86				
Дерматолог (выездная бригада - дети)			309,96				
Дерматолог (вызов на дом)			211,34				
Дерматолог (консультативный прием - взрослые)			252,60				
Дерматолог (консультативный прием - дети)			255,60				
Дерматолог (первичный прием - взрослые)			244,26				
Дерматолог (первичный прием - дети)			250,26				
Дерматолог (повторный прием - взрослые)			190,47				
Дерматолог (повторный прием - дети)			191,47				
Дерматолог (профилактический прием - взрослые)			129,27				
Дерматолог (профилактический прием - дети)			131,27				
Миколог - взрослые			236,32				
Миколог - дети			232,32				

заменить соответственно строками следующего содержания:

Специальность/услуга	Городской уровень 1	Городской уровень 2а	Клинический уровень	Межрайонные центры, городской уровень 2	Районный уровень 1	Районный уровень 3-село	Федеральный уровень
Дерматолог (выездная бригада - взрослые)			391,65				
Дерматолог (выездная бригада - дети)			409,75				
Дерматолог (вызов на дом)			311,13				
Дерматолог (консультативный прием - взрослые)			352,39				
Дерматолог (консультативный прием - дети)			355,39				
Дерматолог (первичный прием - взрослые)			344,05				
Дерматолог (первичный прием - дети)			350,05				

Дерматолог (повторный прием - взрослые)			290,26				
Дерматолог (повторный прием - дети)			291,26				
Дерматолог (профилактический прием - взрослые)			229,06				
Дерматолог (профилактический прием - дети)			231,06				
Миколог - взрослые			336,11				
Миколог - дети			332,11				

б) после строки:

Специальность/услуга	Городской уровень 1	Городской уровень 2а	Клинический уровень	Межрайонные центры, городской уровень 2	Районный уровень 1	Районный уровень 3- село	Федеральный уровень
Офтальмолог (ЛАЗИК ОС)							15 409,03

дополнить строкой следующего содержания:

Специальность/услуга	Городской уровень 1	Городской уровень 2а	Клинический уровень	Межрайонные центры, городской уровень 2	Районный уровень 1	Районный уровень 3- село	Федеральный уровень
Офтальмолог (интраокулярное введение лувентиса)							51 096,79

**9.** В Приложении №1 Соглашения в наименовании таблицы слова «Тарифы для взаиморасчетов по договорам между медицинскими организациями на оплату медицинской помощи по диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» заменить словами «Тарифы для взаиморасчетов по договорам между медицинскими организациями на оплату медицинской помощи по диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, за профилактические медицинские осмотры, медицинские осмотры несовершеннолетних».

**10.** В Приложении №1 Соглашения таблицу «Тарифы для взаиморасчетов по договорам между медицинскими организациями на оплату медицинской помощи по диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, за профилактические медицинские осмотры, медицинские осмотры несовершеннолетних» дополнить строками следующего содержания:

Наименование медицинской услуги	Тариф (руб.)
Профилактический осмотр врачей – стоматологов (дети)	222,28
Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	81,10
Копрологическое исследование	47,30
Неонатальный скрининг	127,82
Аудиологический скрининг	76,05

11. Приложение № 1 к Соглашению после таблицы «ГБУЗ КО «Центральная районная больница Ферзиковского района»» дополнить таблицей следующего содержания:

**Тарифы на медицинские услуги  
для передвижного мобильного медицинского комплекса**

Наименование медицинской услуги	Тариф (руб.)
Общий анализ крови	192,35
Общий анализ мочи	42,38
Исследование уровня глюкозы в крови (тест-полоски)	48,28
Исследование уровня холестерина в крови (тест-полоски)	128,28
Исследование уровня триглицеридов в крови (тест-полоски)	135,28
Ультразвуковые исследования брюшной полости	378,22
Ультразвуковые исследования малого таза	259,65
Ультразвуковые исследования щитовидной железы	230,02
Электрокардиография	141,71
Электроимпедансная компьютерная маммография (2 - х молочных желез)	130,85
Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	174,28
Реоэнцефалография	99,65
Электроэнцефалография	99,65
Эхоэнцефалография	289,67
Прием врача-специалиста	168,28

12. Дополнить Соглашение приложением № 11 следующего содержания:

**Приложение № 11 к  
Соглашению**

## Заявка

**на выделение недостающих для оплаты медицинской помощи средств из  
нормированного страхового запаса (НСЗ) Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования Калужской области**

за \_\_\_\_\_ 201\_\_ года.

<b>Сумма заявленных средств недостающих на оплату медицинской помощи (стр.07)</b>	
-----------------------------------------------------------------------------------	--

Наименование показателей	код строки	Сумма (руб.)
<b>1. Остаток средств на оплату медицинской помощи на расчетном счете СМО на «__» «_____» 201__ г.</b>	<b>01</b>	
<b>Поступления за период всего:</b>	<b>02</b>	
<b>2. Объем поступивших целевых средств на оплату медицинской помощи всего, в том числе:</b>	<b>02.1</b>	
- по дифференцированным подушевым нормативам	02.1.1	
- из остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды	02.1.2	
- дополнительные средства сверх установленных на оплату медицинской помощи из нормированного страхового запаса территориального фонда*	02.1.3	
- прочие поступления, направленные на оплату медицинской помощи:	02.1.4	
-		
<b>- Прочие поступления, в том числе:</b>	<b>02.2</b>	
-	02.2.1	
-		
<b>Расходы за предъявляемый период всего:</b>	<b>03</b>	
<b>3. Направлено средств в медицинские организации на оплату медицинской помощи всего, в том числе:</b>	<b>03.1</b>	
- из средств полученных по дифференцированным подушевым нормативам	03.1.1	
- из остатков целевых средств для оплаты медицинской помощи, возвращенных в предыдущие периоды	03.1.2	
- из дополнительных средств, полученных из НСЗ территориального фонда*	03.1.3	
- из прочих поступлений	03.1.4	
<b>Прочие расходы - всего:</b>	<b>03.2</b>	
- сформировано собственных средств	03.2.1	
-	03.2.2	



<b>4. Остаток средств на оплату медицинской помощи на расчетном счете СМО на «__» «_____» 201__ г. (стр.01+стр.02-стр.03)</b>	<b>04</b>	
<b>Принято к оплате счетов от МО за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам по ОМС всего:</b>	<b>05</b>	
- принято счетов за _____ 201__ года	05.1	
- принято счетов за _____ 201__ года	05.2	
- принято счетов за _____ 201__ года	05.3	
<b>Дебиторская задолженность МО перед СМО за предыдущий период:</b>	<b>06</b>	
<b>Задолженность СМО перед медицинскими организациями, за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам по ОМС (стр.05-стр.03.1-стр.06)</b>	<b>07</b>	

\* заполняется в случае повторного обращения СМО за дополнительными средствами из НСЗ за указанный период

Руководитель СМО \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка)

М.П.

«\_\_» «\_\_\_\_\_» 201\_\_ г.

13. Дополнить Соглашение приложением № 12 следующего содержания:

**Приложение № 12 к  
Соглашению**

**Справка  
о финансировании медицинских организаций из средств  
обязательного медицинского страхования**

\_\_\_\_\_ (наименование страховой медицинской организации)

за \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(рублей)



Поступило целевых средств на реализацию территориальной программы ОМС в отчетном месяце (стр. 03 + стр. 09)	02	
из них: от территориального фонда обязательного медицинского страхования (стр. 04 + стр. 06 + стр. 08)	03	
в том числе: средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования	04	
из них авансовый платеж за месяц, следующий за отчетным	05	
средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС	06	
из них авансовый платеж за месяц, следующий за отчетным	07	
средства из нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования	08	
прочие поступления	09	
	10	
в том числе по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи	11	
Израсходовано средств за отчетный месяц (стр. 13 + стр. 14 + стр. 15 + стр. 16)	12	
в том числе: на оплату медицинской помощи, оказанную в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	13	
авансовый платеж медицинским организациям за месяц, следующий за отчетным	14	
на ведение дела по ОМС	15	
прочие расходы	16	
Остаток целевых средств, подлежащий возврату в территориальный фонд	17	

Руководитель СМО \_\_\_\_\_

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

15. Дополнить Соглашение приложением № 14 следующего содержания:

**Приложение №14 к Соглашению**

### **ОТЧЕТ**

**об использовании выделенных средств, недостающих для оплаты медицинской помощи, из средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области (НСЗ ТФОМС Калужской области)**

\_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

№ и дата платежного поручения ТФОМС Калужской области	
-------------------------------------------------------	--

Сумма средств недостающих для оплаты медицинской помощи (руб.)	
Назначение платежа	
Дата зачисления суммы средств недостающих для оплаты медицинской помощи на счет СМО	

**Реестр платежных поручений по использованию недостающих средств для оплаты медицинской помощи**

Дата	№ пл/п	Сумма (руб.)	Наименование получателя средств	Назначение платежа	Примечание
<b>Итого</b>					

**Руководитель СМО** \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка)

**Главный бухгалтер** \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка)

М.П.

«\_\_» «\_\_\_\_\_» 201\_\_ г.

**16.** Настоящие Дополнения и изменения вступают в силу с момента их подписания сторонами.

**17.** Действие пункта 1 Дополнений и изменений распространяется на правоотношения с 26 июля 2013 года.

**18.** Действие пункта 3, подпункта «б» пункта 8 настоящих Дополнений и изменений распространяется на правоотношения с 01 сентября 2013 года по 31 декабря 2013 года.

**19.** Действие пунктов 2, 12-15, подпунктов «б», «в» пункта 5 настоящих Дополнений и изменений распространяется на правоотношения с 01 сентября 2013 года.

**20.** Действие пунктов 4, 9-10 настоящих Дополнений и изменений распространяется на правоотношения с 01 мая 2013 года.

21. Действие подпункта «а» пункта 5, пунктов 6-7, подпункта «а» пункта 8 настоящих Дополнений и изменений распространяется на правоотношения с 01 августа 2013 года.

22. Действие пункта 11 настоящих Дополнений и изменений распространяется на правоотношения с 01 июля 2013 года.

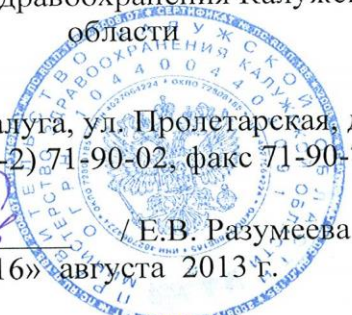
23. Во всем остальном, что не урегулировано настоящими Дополнениями и изменениями в Соглашение, субъекты и участники обязательного медицинского страхования на территории Калужской области будут руководствоваться Соглашением и действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Калужской области.

24. Настоящие Дополнения и изменения составлены на 13 листах в пяти экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон.

Министр здравоохранения Калужской области


248016, г. Калуга, ул. Пролетарская, д. 111  
Тел. (484-2) 71-90-02, факс 71-90-77

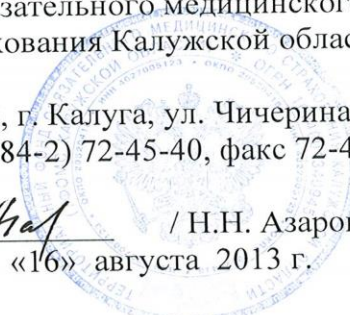
  
/ Е.В. Разумеева  
«16» августа 2013 г.



Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области

248010, г. Калуга, ул. Чичерина, д. 7  
Тел. (484-2) 72-45-40, факс 72-45-38

  
/ Н.Н. Азарова  
«16» августа 2013 г.



Директор КФ ЗАО «МАКС-М»


248000, г. Калуга, ул. Карпова, д. 1  
Тел. (484-2) 50-96-88, факс 56-57-51

  
/ С.Н. Ковалева  
«16» августа 2013 г.



Президент Калужской областной общественной организации «Врачи Калужской области»


248023, г. Калуга, ул. Степана Разина, д. 1  
Тел./факс (484-2) 57-56-69

  
/ Е.Н. Алешина  
«16» августа 2013 г.



Председатель Калужской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ

248000, г. Калуга, ул. Ленина, д. 81  
Тел./факс (484-2) 57-90-57

  
/ Л.И. Галкина  
«16» августа 2013 г.

