

**Тарифное соглашение
на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому
страхованию на территории Республики Алтай**

г. Горно-Алтайск

«11» января 2012 г.

Министерство здравоохранения Республики Алтай, в лице министра здравоохранения Республики Алтай Яимова Игоря Эжеровича, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Алтай (далее – Территориальный фонд), в лице директора Чутпоковой Светланы Кыпчаковны, представителя региональной общественной организации «Ассоциация врачей Республики Алтай», в лице председателя Федотова Федора Федоровича, Республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Республики Алтай, в лице председателя Савостиной Екатерины Аркадьевны, представителя страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Алтай (далее – СМО), в лице исполнительного директора Чендековой Галины Александровны (Филиал ЗАО «Капитал Медицинское страхование»), именуемые в дальнейшем Стороны, заключили Тарифное соглашение (далее – Соглашение) на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Алтай о нижеследующем:

1. Предмет Соглашения

Предметом Соглашения являются согласованные Сторонами способы и тарифы оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – программа ОМС).

2. Общие положения

Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Алтай осуществляется в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ (в ред. от 30.11.2011г. № 369-ФЗ), Правилами обязательного медицинского страхования, Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории

Республики Алтай бесплатной медицинской помощи на 2012 год (далее – ТПГГ) и другими нормативными правовыми актами, регулируемыми взаимоотношения участников обязательного медицинского страхования.

3. Способы и тарифы оплаты медицинской помощи

3.1. В целях обеспечения единства ценообразования на территории Республики Алтай для оплаты оказанных объемов медицинской помощи в рамках программы ОМС на 2012 год для медицинских организаций устанавливаются следующие способы и тарифы оплаты медицинской помощи:

3.2. В амбулаторной медицинской помощи (далее – АМП):

3.2.1. по подушевому нормативу (приложение №1) в сочетании с оплатой за посещение. В расчет подушевого норматива не включены стоматологические услуги, которая финансируется по тарифу УЕТ. Оплата сверх объемов по АМП производится по результатам работы за 11 мес. при наличии средств в Территориальном фонде по решению Комиссии (приложение № 2, № 2.1.). В случае невыполнении плана-задания по АМП раз квартал СМО снимает оплату на невыполнение плана – задания пропорционально из расчета тарифа посещения. Тариф посещения предусматривает компенсацию расходов на посещение врача-специалиста с учетом лечебно-диагностических мероприятий, проводимых параклиническими отделениями (кабинетами), т.е. комплексный тариф.

3.2.2. для оплаты врачебных посещений на дому применяется коэффициент 1,5 к соответствующему тарифу посещения.

3.2.3. при оказании неотложной медицинской помощи применяется коэффициент 2,0 к соответствующему тарифу посещения.

3.2.4. при амбулаторной хирургии (операция) применяется коэффициент 2,5 к соответствующему тарифу посещения.

3.2.5. лечение детей с хроническими заболеваниями на аппарате «Тонзилор»- по тарифу посещения отоларинголога.

3.2.6. В Центрах здоровья:

- комплексное обследование впервые обратившихся граждан в отчетном году
- по тарифу законченного случая (приложение № 3),
- по тарифу законченного случая для динамического наблюдения и групповое профилактическое консультирование (занятие в школе здоровья) по формированию здорового образа жизни у граждан, включая сокращение потребления алкоголя и табака (приложение № 3).

3.2.7. по стоматологии с учетом уровня медицинских организаций - по тарифу УЕТ. Тариф УЕТ предусматривает компенсацию расходов на посещение врача-специалиста с учетом лечебно-диагностических мероприятий,

проводимых параклиническими отделениями (кабинетами) т.е. комплексный тариф;

3.2.8. медицинские услуги, связанные с проведением заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа оплачиваются по тарифу 1 посещения (сеанса);

3.2.9. для МО, участвующих в реализации проекта по поэтапному переходу на преимущественно одноканальное финансирование - по тарифу посещения по межтерриториальным расчетам (приложение № 4).

3.3. В дневных стационарах:

- за законченный случай лечения в профильном отделении при стационаре и по тарифу пациенто-дня в профильном отделении при пребывании пациента меньше утвержденной средней длительности лечения (приложение № 5);

- за законченный случай лечения на профильной койке при поликлинике и по тарифу пациенто-дня при пребывании пациента меньше утвержденной средней длительности лечения (приложение № 6);

- по тарифу пациенто-дня в стационаре на дому (приложение № 7);

- по тарифу пациенто-дня за фактически проведенные пациенто-дни в профильном отделении для МО, участвующих в реализации проекта по поэтапному переходу на преимущественно одноканальное финансирование, при межтерриториальных расчетах (приложение № 8 и № 9);

При переводе больного из стационара круглосуточного пребывания в дневной стационар необходимо руководствоваться стандартами (порядком) оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке. Не допускается необоснованное завышение общей длительности лечения.

Оплата медицинской помощи в дневных стационарах осуществляется на основании представленных МО реестров счетов и счетов в пределах согласованного плана-задания по ОМС. Оплата превышающей плановые показатели осуществляется по итогам 11 месяцев при наличии средств, в Территориальном фонде по решению Комиссии, только в части возмещения расходов по медикаментам и продуктам питания.

3.4. В стационарных условиях:

- по стоимости законченного случая в сочетании койко-дня в профильном отделении с учетом уровня оказания медицинской помощи (приложение № 10);

 - уровень 1 – республиканские учреждения;

 - уровень 2 – центральные районные больницы;

 - уровень 2.1 – Кош-Агачская ЦРБ;

 - уровень 2.2 – Улаганская ЦРБ и Акташская МРБ;

 - уровень 3 – участковые больницы.

Оплата по законченному случаю производится 100% при выполнении среднего срока пребывания больного не менее 90% от утвержденной средней длительности лечения.

- по тарифу койко-дня в профильном отделении при пребывании пациента в стационаре менее 90% утвержденной средней длительности лечения.
- по тарифу законченного случая лечения для оплаты альтернативных видов медицинских технологий (приложение № 11);
- по тарифу койко-дня в профильном отделении для МО, участвующих в реализации проекта по поэтапному переходу на преимущественно одноканальное финансирование, по межтерриториальным расчетам (приложение № 12).

3.4.1. Стоимость медицинской помощи, оказанной новорожденным в родильных отделениях больниц и Республиканском перинатальном центре, входит в стоимость койко-дня для беременных и рожениц (акушерских).

3.4.2. Медицинская помощь, оказанная новорожденному, до государственной регистрации рождения включается в реестр счетов, с указанием полиса ОМС матери или законного представителя и предъявляется в соответствующую СМО.

3.4.3. При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей (иному члену семьи) прав нахождения с ребенком в больничном учреждении (до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста – при наличии медицинских показаний) тариф 1 койко-дня увеличивается в части расходов на питание и мягкий инвентарь на 79,10 руб., к приложениям № 11, №12.

3.4.4. Оплата стационарной медицинской помощи осуществляется на основании представленных МО реестров счетов и счетов в пределах согласованного плана-задания по ОМС. Снятие сверх объемов медицинской помощи производится СМО раз в квартал.

3.4.5. В случае выявления сопутствующего заболевания в стадии обострения, выполнение необходимых лечебно-диагностических мероприятий по нему проводится параллельно лечению основного заболевания.

3.4.6. Оплата стационарной помощи, превышающей плановые показатели, осуществляется по итогам 11 месяцев при наличии средств в Территориальном фонде по решению Комиссии, только в части возмещения расходов по медикаментам и продуктам питания, приоритетными по оплате сверх объемов являются следующие профили:

- а) для беременных и рожениц;
- б) патология недоношенных и новорожденных;
- в) патологии беременности;
- г) инфекционные.

3.4.7. Для оплаты объемов стационарной помощи, превышающих плановые показатели, медицинская организация в соответствии с пунктом 3.4.6. представляет заявку на дополнительное финансирование с обоснованием потребности в комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, (приложение № 13).

3.4.8. Случаи до суточной летальности оплачиваются по стоимости лечения за один койко-день в профильном отделении стационара.

3.4.9. В случаях оказания медицинской помощи в приемных отделениях больным, не подлежащим госпитализации, медицинская помощь оплачивается по тарифу врачебного посещения. Факт обращения пациента за врачебной помощью должен быть зафиксирован первичными документами за подписью врача. Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим выставление счета по тарифу, являются осмотр врача с оформлением медицинской карты амбулаторного больного и проведенные лечебно-диагностические мероприятия.

3.4.10. Оплата стационарной медицинской помощи, оказанной жителям республики не по месту проживания в республиканских учреждениях в рамках согласованных объемов (плана-задания), а в центральных районных больницах сверх утвержденного плана задания по ОМС.

3.5. В рамках реализации мероприятий республиканской программы «Модернизация здравоохранения Республики Алтай на 2011-2012 годы» оплата медицинской помощи осуществляется:

- в стационарах по стоимости законченного случая медицинской помощи, оказанной в соответствии со стандартами, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В составе тарифа выделяются 2 части: тариф по ОМС из средств Территориального фонда и дополнительный тариф на стандарт из средств ФОМС (приложение № 14).

Оплата по стоимости законченного случая медицинской помощи, оказанной в соответствии с внедряемыми стандартами производится 100% в случае если необходимый результат лечения был достигнут в более короткий срок, чем это предписывается стандартом медицинской помощи, в том числе вследствие применения новых медицинских технологий, но в пределах установленного отклонения, МО вправе выписать данного пациента из стационара, а оплата за данный случай лечения должна быть произведена в полном объеме.

Допустимое отклонение выполнения среднего срока пребывания больного производится из расчета стоимости одного койко-дня (приложение № 14);

Стандарт медицинской помощи включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
- 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 4) компонентов крови;
- 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

б) иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускается в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

В соответствии с пунктом 2 статьи 80 Федерального Закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи. Госпитализация больного в стационар, перевод больного из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию осуществляется в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю.

Если медицинская организация самостоятельно не может выполнить стандарт медицинской помощи (например, провести больному магнитно-резонансную томографию), то она вправе направить больного для проведения ряда медицинских услуг в другую медицинскую организацию, оплатив ей в дальнейшем стоимость данной услуги по тарифам, принятым на территории субъекта Российской Федерации.

Оплата за законченный случай лечения больного в случае применения соответствующего стандарта медицинской помощи производится на основании требований нормативных правовых актов Российской Федерации. При этом законченным случаем лечения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях признается ограниченный временным интервалом объем медицинской помощи оказанный пациенту по основному заболеванию в медицинской организации.

Размер тарифа за законченный случай лечения рассчитывается в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, рассматривается комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее Комиссия) и устанавливается тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации.

Если в ходе лечения больного возникает необходимость его перевода в другое учреждение субъекта Российской Федерации, то оплата медицинской помощи осуществляется каждому из учреждений, вовлеченных в процесс оказания медицинской помощи, за фактически оказанный объем.

Средства региональных программ модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы, направляемые на заработную плату медицинских

работников, являются дополнительными к существующим стимулирующим надбавкам.

- **в амбулаторных условиях** по подушевому нормативу из средств модернизации ФОМС дополнительно (приложение № 14.1.);
- диспансеризации 14-летних подростков - по тарифу законченного случая из средств ОМС в размере 2804,50 руб. в рамках утвержденного плана диспансеризации;

3.5.1. Медицинские организации формируют реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках мероприятий программы «Модернизация здравоохранения Республики Алтай на 2011-2012 годы», как отдельный сегмент основного реестра, и предъявляют в соответствующие страховые медицинские организации.

3.5.2. Средства программы модернизации здравоохранения являются целевыми и направляются медицинскими организациями на введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием и на обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий, согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Алтай.

3.5.3. СМО и МО обязаны вести отдельный учет поступления и расходования средств, программы модернизации здравоохранения.

3.6. СМО в соответствии с договором о финансовом обеспечении представляет в Территориальный фонд:

- заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее – заявка на авансирование);
- заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (далее – заявка на получение средств на оплату счетов) для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями. В заявку на авансирование включается объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи.

Тариф медицинской услуги определяет уровень возмещения и состав компенсирующих расходов медицинской организации по выполнению территориальной программы ОМС (на оказание медицинской помощи застрахованному населению). Тарифы являются контролируруемыми ценами, подлежащими регулированию через тарифное соглашение, с учетом повышающих или понижающих коэффициентов.

3.7. Норматив работы (функция) койки (приложение 15).

3.8. Структура финансовых затрат (приложение № 16).

4. Структура и состав тарифов

4.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает в себя расходы на заработную плату,

начисления на оплату труда, приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря.

4.2. В состав тарифов на оплату медицинской помощи включаются следующие группы, статьи и подстатьи расходов:

1) Группа 200 Расходы:

Статья 240 Безвозмездные перечисления организациям:

подстатья 241 Безвозмездные перечисления государственными и муниципальными организациями:

Заработная плата - выплаты по должностным окладам основного персонала, а также работников параклинических подразделений (рентгенологическое отделение (кабинет), лаборатория, отделение функциональной диагностики (кабинет), физиотерапевтическое отделение, эндоскопия, ультразвуковая диагностика, операционная и др.), административного персонала, выслугу лет, ученые степени, за работу в праздничные дни;

- выплаты компенсирующего и стимулирующего характера, осуществляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации (кроме доплат к заработной плате, установленных органами местного самоуправления муниципальных образований, организаций ведомственного подчинения сверх утвержденных нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами Республики Алтай) за совмещение профессий (должностей), расширение зон обслуживания или увеличение объема выполненных работ, работу в тяжелых, вредных условиях труда;

- оплату ежегодных отпусков, учебных отпусков, компенсацию за неиспользованный отпуск; оплату за период обучения работников, направленных на профессиональную подготовку, повышение квалификации; выплату пособия за первые 3 дня временной нетрудоспособности за счет средств работодателя, в случае заболевания или получения травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) самого работника;

- районный коэффициент в размере 1,4 на всей территории Республики Алтай;

- для Кош-Агачского района коэффициент за работу в безводных местностях в размере 1,3 и коэффициент за работу в высокогорных местностях в размере 1,2;

- для Улаганского района коэффициент за работу в высокогорных местностях в размере 1,3 (в соответствии с постановлениями Правительства РФ от 9 апреля 1992 г. № 239 и от 29 мая 1993 г. № 512);

Начисления на выплаты по оплате труда - расходы по уплате страховых взносов.

Прочие работы, услуги - расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), и по оплате договоров с врачами сторонних медицинских организаций, в рамках

территориальной программы ОМС и республиканской программы «Модернизация здравоохранения Республики Алтай на 2011-2012 годы».

Увеличение стоимости основных средств - расходы на приобретение медицинского инструментария, относящегося к основным средствам.

Увеличение стоимости материальных запасов - расходы на приобретение:

- медикаментов (лекарственных препаратов согласно утвержденному Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств), перевязочных средств;
- дезинфицирующих средств, используемых при оказании медицинской помощи;
- хирургического шовного материала, шприцев (в том числе одноразовых), инъекционных игл, одноразовых систем для инфузий;
- рентгеновской пленки, рентгеноконтрастных средств и препаратов диагностических изотопных, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды, медицинских инструментов со сроком полезного действия менее 12 месяцев, бумаги, в том числе со специальным чувствительным слоем, картриджей к медицинскому оборудованию, кислорода, гелей, контактных средств диагностики, изделий медицинского назначения разового пользования, средства индивидуальной защиты персонала (очки, перчатки и фартуки) и прочих материальных запасов (предназначенных для однократного использования в процессе деятельности учреждения в течение периода, не превышающего 12 месяцев, а также предметы, используемые в деятельности учреждения в течение периода, превышающего 12 месяцев, но не относящиеся к основным средствам);
- лекарственных препаратов и расходных материалов для оказания стоматологической помощи по формулярному перечню, утвержденному руководителем медицинской организации, согласованному с Территориальным фондом ОМС Республики Алтай и формулярной комиссией Министерства здравоохранения Республики Алтай.
- мягкого инвентаря.
- продуктов питания.

При расходовании средств ОМС на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и продуктов питания необходимо руководствоваться и соблюдать денежные нормы, утвержденные приказом Минздрава Республики Алтай, а по продуктам питания и натуральные нормы.

4.3. В состав тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах при поликлинике (амбулатории), не включаются расходы на продукты питания.

4.4. МО после согласования плана-задания формирует сметы доходов и расходов. В случае получения дополнительных доходов, сверх утвержденной сметы за счет выполнения дополнительных объемов медицинской помощи в рамках программы ОМС (большой объем пролеченных иногородних граждан и не по месту прикрепления, дополнительный объем медицинских услуг по стационарозамещающим технологиям и амбулаторной помощи), медицинская

организация производит пропорциональную корректировку сметы доходов и расходов в соответствии с утвержденной структурой тарифа.

4.5. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования могут быть включены иные статьи расходов по решению Комиссии при условии отсутствия кредиторской задолженности по 5-ти статьям расходов.

4.6. Оплата расходов МО, участвующие в реализации проекта по поэтапному переходу на преимущественно одноканальное финансирование производятся через ТФОМС по подушевому нормативу, средства МО использует по всем статьям расходов (кроме расходов на коммунальные услуги, капитальное строительство, капитальный ремонт и приобретение дорогостоящего оборудования стоимостью свыше одного млн. руб.), в соответствии с заключенным договором.

5. Индексация тарифов

5.1. Индексация тарифов производится:

- при изменении условий оплаты труда работников медицинских организаций, утвержденных в установленном порядке законодательством Российской Федерации, Республики Алтай;
- при профиците бюджета Территориального фонда тарифы индексируются;
- при дефиците бюджета Территориального фонда тарифы могут корректируются в сторону снижения по решению Комиссии.

6. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования

6.1. Территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями осуществляется контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой МО в рамках программ ОМС. Порядок контроля установлен приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

6.2. Экспертная деятельность СМО и Территориального фонда направлены на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования.

6.3. Результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи оформляются актами, включающими

информацию о выявленных нарушениях и соответствующих санкциях. Перечень обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества прилагается к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

6.4. Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты оказанной медицинской организацией медицинской помощи, или подлежит возврату в СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

6.5. В случае выявления Территориальным фондом при проведении экспертизы нарушений, пропущенных СМО в ходе медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, СМО утрачивает право использования мер, применяемых к МО, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и / или нарушению при оказании медицинской помощи. МО возвращает средства в сумме, определенной актом экспертизы, в бюджет Территориального фонда.

6. Контроль использования средств обязательного медицинского страхования

6.1. Финансовые средства, направленные Территориальным фондом на обязательное медицинское страхование, имеют целевой характер использования.

6.2. Территориальный фонд осуществляет контроль за целевым и рациональным использованием средств в сфере ОМС путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок.

6.3. Территориальный фонд на основании части 11 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» вправе осуществлять контроль за деятельностью страховых медицинских организаций, а также контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

6.4. При выявлении в МО и СМО фактов использования средств ОМС не по целевому назначению, МО и СМО обязана на основании Предписания Территориального фонда восстановить сумму нецелевого использования путем перечисления на счет Территориального фонда в течение одного месяца с момента получения предписания, уплатить штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования, и пени за каждый день просрочки. При

невозможности восстановления средств в установленные сроки, МО письменно сообщает Территориальному фонду об объективных причинах, препятствующих выполнению предписания, и одновременно направляет ходатайство о предоставлении ей отсрочки. По согласованию сторон составляется график восстановления средств (в том числе и путем удержания СМО из суммы финансирования медицинской организации в следующем календарном месяце по письму Территориального фонда, с последующим перечислением на счет Территориального фонда).

6.5. Нецелевое использование средств ОМС - использование средств обязательного медицинского страхования МО на финансирование видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, на оплату видов расходов, не включенных в состав тарифов на оказание медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.

6.6. Нерациональное использование средств ОМС - использование МО средств обязательного медицинского страхования на:

- приобретение медикаментов, не зарегистрированных в Российской Федерации, не имеющих сертификатов соответствия;
- оплату расходов по статьям «Заработная плата» и «Начисления на фонд оплаты труда» сверх рекомендованной доли расходов в структуре тарифа;
- использование неэффективных лекарственных средств с низким терапевтическим эффектом;
- проведение дополнительного обследования при уже установленном клиническом диагнозе;
- проведение лечебно-диагностических мероприятий, не соответствующих стандартам оказания медицинской помощи по основному (профильному) заболеванию (при отсутствии обострения сопутствующих заболеваний);
- дублирование лабораторных и диагностических исследований;
- назначение несовместимых лекарственных средств (антагонистов, сходных лекарственных средств);
- наличие в учреждениях з дравоохранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения с истекшим сроком годности

6.7. При невыполнении МО объемов медицинской помощи, установленных планом-заданием, выплата заработной платы и оплата других статей, включенных в финансовые нормативы, не является обязательством обязательного медицинского страхования.

7. Оформление и формирование счетов

7.1. Ежемесячно МО по состоянию на 01 число формируют счета на оплату за оказанные гражданам медицинские услуги:

- в СМО счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов за оказанные объемы медицинской помощи;

- в Территориальный фонд счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов за оказанные объемы медицинской помощи, оказанной гражданам, имеющим страховые полисы других субъектов (по межтерриториальным расчетам), оплата производится сверх плана - задания.

7.2. Сроки оплаты счетов предусматриваются договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию между МО и СМО.

7.3. Оплата стационарной медицинской помощи, оказанной жителям республики не по месту проживания, производится в рамках согласованных объемов (плана-задания), а при перевыполнении плана-задания, оплата производится по акту сверки раз в квартал.

8. Взаимоотношения между участниками сферы обязательного медицинского страхования

8.1. Взаимоотношения между участниками сферы обязательного медицинского страхования строятся на основании договоров:

- договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенного между Территориальным фондом и страховой медицинской организацией;

- договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенных СМО с МО, имеющими лицензию и включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

9. Прочие условия Соглашения

9.1. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, осуществляется в объеме базовой программы ОМС, в соответствии с тарифами, установленными для медицинской организации на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

9.2. В случаях неполного финансирования программы ОМС (при дефиците бюджета Территориального фонда) приоритетным направлением финансирования медицинской помощи считается финансирование стационарозамещающих технологий и амбулаторной помощи (стимулирование поликлиник за эффективную профилактическую деятельность для смещения объема медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический этап).

9.3. При обоснованной экономии средств, МО направляет заявку на Комиссию о разрешении использования средств на материальное стимулирование работников, на включение в тариф дополнительных статей расходов. На эти цели медицинская организация может подавать заявку только по результатам работы за 11 месяцев и при отсутствии кредиторской задолженности по 5 статьям расходов. По решению Комиссии МО вправе изменить структуру затрат в соответствии со штатно-сметной документацией в пределах общей суммы средств, предусмотренных планом - заданием.

9.4. Раз в квартал производится анализ выполнения (или невыполнения) плана-задания МО между СМО. По ходатайству МО Комиссия решает о перераспределении плана-задания между МО и СМО.

10. Срок действия Соглашения, порядок его изменения

10.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01.01.2012 г. и действует до принятия нового Соглашения.

10.2. Настоящее Соглашение может быть изменено или дополнено по заявлению одной из сторон в течение 10 дней. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения с момента их подписания Сторонами.

10.3. В случае возникновения споров по настоящему Соглашению Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

10.4. Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

Представители сторон, участвующие в Соглашении:

Министр здравоохранения
Республики Алтай



И.Э. Яимов

Директор
ТФОМС Республики Алтай



С.К. Чутпокова

От страховых медицинских организаций
Исполнительный директор Филиала ЗАО
«Капитал Медицинское страхование»



Г.А. Чендекова

Председатель Республиканского комитета
профсоюза медицинских работников



Е.А. Савостина

Председатель региональной
общественной организации
«Ассоциация врачей Республики Алтай»



Ф.Ф. Федотов