

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

г. Горно-Алтайск

« 09 » января 2013г.

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, представителя Республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Республики Алтай, в лице Савостиной Екатерины Аркадьевны, представителя страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Алтай (далее – СМО), в лице исполнительного директора филиала ЗАО «Капитал Медицинское страхование» Чендековой Галины Александровны, 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 на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – территориальная 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, Правилами обязательного медицинского страхования, Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Алтай на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов и другими нормативными правовыми актами, регулирующими взаимоотношения участников обязательного медицинского страхования.

3. Способы и тарифы на оплату медицинской помощи

В целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам, в рамках территориальной программы ОМС на

2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов применяются следующие способы и тарифы:

3.1. в амбулаторных условиях:

3.1.1. - по подушевому нормативу финансирования, рассчитанного исходя из численности прикрепившихся лиц, тарифа посещений (с учетом цели посещения и профиля врачебной специальности) и согласованных объемов медицинской помощи; по тарифу посещения для МТР.

В зависимости от цели различают:

1) посещения с профилактической целью, включающие:

- посещения центров здоровья,
 - в связи с диспансеризацией различных групп населения (оплата по законченному случаю),
 - в связи с диспансерным наблюдением больных отдельными заболеваниями,
 - в связи с профилактическими осмотрами, патронажем,
 - среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием,
 - с иными целями.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью.

2) посещения по неотложной медицинской помощи,

3) обращения по поводу заболеваний. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания. Учет обращений осуществляется на основе Талона амбулаторного пациента, утвержденного Приложением № 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255;

3.1.2. - по тарифу УЕТ - оплата стоматологической помощи;

3.1.3. - по тарифу за услугу (законченный случай лечения (исследования)) отдельных медицинских технологий.

3.1.4. При отсутствии в медицинской организации специалистов, необходимых для проведения в полном объеме диспансеризации отдельных категорий граждан, является возможным заключение договоров с другими медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление отсутствующих видов работ (услуг), в целях привлечения соответствующих медицинских работников с оплатой по подстатье 226 «Прочие работы, услуги» в соответствии с классификацией операций государственного управления (КОСГУ).

3.1.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в приемных отделениях стационара пациентам, не подлежащим госпитализации, - по тарифу врачебного посещения. Факт оказания медицинской помощи должен быть зафиксирован первичными медицинскими документами за подписью врача. Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим выставление счета на оплату, является осмотр врача с оформлением медицинской карты амбулаторного больного и проведенные лечебно-диагностические мероприятия.

3.2. в стационарных условиях в рамках согласованных объемов:

3.2.1. - за законченный случай лечения заболевания (с учетом уровня оказания медицинской помощи);

уровень 1 – республиканские учреждения;

уровень 2 – центральные районные больницы;

уровень 2.1 – Кош-Агачская ЦРБ;

уровень 2.2 – Улаганская ЦРБ и Акташская больница;

уровень 2.3 – участковые больницы.

3.2.2. 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.

3.2.3. Оплата по тарифу за законченный случай лечения производится в размере 100%, в том числе при достижении необходимого результата лечения в более короткий срок, чем установленная средняя длительность пребывания больного (вследствие применения новых медицинских технологий), но в пределах допустимого отклонения 20% от средней длительности пребывания. В случае пребывания больного на койке менее допустимого отклонения, оплата производится за фактическое количество койко-дней по тарифу 1 койко-дня в профильном отделении, а в случае превышения допустимого отклонения оплата производится с учетом результатов экспертизы качества медицинской помощи.

3.2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной новорожденным, включена в тариф законченного случая лечения по профилю койки для беременных и рожениц.

3.2.5. Медицинская помощь, оказанная на койке патологии новорожденных и недоношенных детей, новорожденному до государственной регистрации рождения, включается в реестр счетов, с указанием полиса ОМС матери или законного представителя и предъявляется в соответствующую СМО.

3.2.6. При совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний, тариф законченного случая лечения увеличивается в части расходов на питание на 93,87 руб.

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

3.2.8. Случаи до суточной летальности оплачиваются по тарифу одного койко-дня в профильном отделении стационара.

3.2.9. Госпитализация пациента в стационар, перевод его из одной медицинской организации в другую осуществляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю.

3.2.10. При переводе пациента из стационара круглосуточного пребывания в дневной стационар необходимо руководствоваться порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными в

установленном порядке. Не допускается необоснованное завышение общей длительности лечения.

3.3. в условиях дневного стационара (ДС)):

3.3.1. - **за законченный случай лечения заболевания**, с учетом типа дневных стационаров по специальностям (ДС при больничном учреждении, ДС при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационар на дому);

- **по тарифу за пациенто-день**: пребывание пациента меньше утвержденной средней длительности лечения.

3.4. скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) - **по подушевому нормативу финансирования**, рассчитанного исходя из численности прикрепленного населения и тарифа вызова скорой медицинской помощи. По тарифу вызова для межтерриториальных расчетов. Вызов – обращение больного на станцию (подстанцию, отделение) скорой помощи независимо от времени суток за скорой медицинской помощью, а также медицинская транспортировка пациента.

3.5. При оказании в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, в условиях дневных стационаров всех типов, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами, 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.

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

4. Структура тарифа

4.1. Тарифы на оплату медицинской помощи включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.

4.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает в себя расходы на заработную плату, начисления на выплаты по оплате труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, коммунальные

услуги (кроме БУЗ РА «РБ», «РДБ», «ПЦ», «Усть-Коксинская ЦРБ», «Шебалинская ЦРБ» и АУЗ «СП №1»), транспортных услуг, оплата суточных и квартирных при направлении работника в командировку, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих работ, услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

4.3. 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.), административно-хозяйственного персонала, (в том числе выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи в соответствии с Порядком установления, начисления и осуществления денежных выплат стимулирующего характера, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Алтай), выплаты компенсационного характера в соответствии с Примерным положением об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Алтай (далее – Примерное положение), утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Алтай от 27.12.2011 № 201, в том числе выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями (районный коэффициент, коэффициент за работу в безводных местностях, коэффициент за работу в высокогорных районах, процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в местностях, приравненных к районам Крайнего Севера):

- 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);

- оплата ежегодных отпусков, в том числе компенсация за неиспользованный отпуск; отпусков за период обучения работников, направленных на профессиональную подготовку, повышение квалификации;

- выплата пособия за первые 3 дня временной нетрудоспособности за счет средств работодателя, в случае заболевания работника или полученной им

травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний);

- выплаты стимулирующего характера, прочие выплаты в соответствии с разделами VI и VII Примерного положения производятся при наличии обоснованной экономии средств обязательного медицинского страхования в медицинской организации.

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

4.5. Прочие выплаты – суточные при служебных командировках.

4.6. Услуги связи – расходы на приобретение услуг связи.

4.7. Транспортные услуги – расходы на приобретение транспортных услуг, оплата проезда к месту служебной командировки и обратно.

4.8. Арендная плата за пользование имуществом – расходы по оплате арендной платы в соответствии с заключенными договорами аренды объектов нефинансовых активов.

4.9. Работы, услуги по содержанию имущества – расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с содержанием, обслуживанием, ремонтом нефинансовых активов, полученных в аренду или безвозмездное пользование, находящихся на праве оперативного управления и в государственной казне Российской Федерации, Республики Алтай.

4.10. Прочие работы, услуги - расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других медицинских организациях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), медицинской помощи, оказанной на основании гражданско-правовых договоров с медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление отсутствующих видов работ (услуг), оплата за проживание в жилых помещениях (найма жилого помещения) при служебных командировках, расходы на оплату услуг по организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), услуги, оказываемые центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

4.11. Прочие расходы – затраты на уплату налогов (кроме начислений на выплаты по оплате труда), государственной пошлины и иные обязательные платежи.

4.12. Увеличение стоимости основных средств - расходы на приобретение медицинского инструментария и оборудования до 100,0 тыс. рублей со сроком полезного действия более 12 месяцев, относящегося к основным средствам.

4.13. Увеличение стоимости материальных запасов - расходы на приобретение:

- медикаментов (лекарственных препаратов согласно Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, включенному в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов на территории Республики Алтай), перевязочных средств;

- дезинфицирующих средств,

- 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), программных продуктов для информационного обеспечения;
- лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов для оказания стоматологической помощи в соответствии с перечнем, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Алтай и согласованным с Территориальным фондом;
- запасных и (или) составных частей для оборудования, оргтехники, вычислительной техники, систем телекоммуникаций и локальных вычислительных сетей, систем передачи и отображения информации, защиты информации, информационно-вычислительных систем, средств связи и т.п.;
- мягкого инвентаря;
- продуктов питания;
- горюче-смазочных материалов.

При расходовании средств обязательного медицинского страхования на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и продуктов питания необходимо руководствоваться нормативами, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Алтай, а также соблюдать натуральные нормы по продуктам питания.

4.14. В состав тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах при амбулаторно-поликлиническом учреждении и на дому, не включаются расходы на продукты питания.

5. Индексация тарифов

5.1. Индексация тарифов производится:

- при изменении условий оплаты труда работников медицинских организаций, утвержденных в установленном порядке нормативными правовыми актами Российской Федерации, Республики Алтай;
- при профиците бюджета Территориального фонда.

5.2. При дефиците бюджета Территориального фонда тарифы могут корректироваться в сторону снижения по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия).

6. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках территориальной программы ОМС

6.1. Территориальным фондом и СМО осуществляется контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках территориальной программы ОМС. Порядок контроля установлен приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 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 территориальной программы ОМС.

6.3. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

6.4. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими актами по формам, установленными Федеральным фондом ОМС, и являются основанием для применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи). 6.5. Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, либо подлежит возврату в СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

6.6. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в зависимости от выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться отдельно или одновременно.

6.7. 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 медицинской организации, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и / или нарушению при оказании медицинской помощи. Средства в сумме, определенной актом экспертизы, возвращаются медицинской организацией в бюджет Территориального фонда. К СМО применяются санкции в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

7. Контроль использования средств обязательного медицинского страхования

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

7.2. В соответствии с частью 7 п.12 статьи 34 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ Территориальный фонд осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии.

7.3. В соответствии с частями 11 и 12 статьи 38 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ за использование не по целевому назначению страховой медицинской организацией целевых средств страховая медицинская организация обязана уплатить Территориальному фонду за счет собственных средств штраф в размере 10 процентов от суммы средств, использованных не по целевому назначению. Средства, использованные не по целевому назначению, СМО возмещает за счет собственных средств в течение 10 рабочих дней со дня предъявления требования Территориальным фондом.

7.4. В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет Территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет Территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления Территориальным фондом соответствующего требования.

7.5. При невозможности возврата (возмещения) средств, использованных не по целевому назначению, в установленный срок, медицинская организация письменно сообщает Территориальному фонду об объективных причинах,

препятствующих выполнению требований по акту проверки, и одновременно направляет ходатайство о предоставлении ей отсрочки. По согласованию сторон составляется график возврата указанных средств в бюджет Территориального фонда.

7.6. Нецелевое использование средств ОМС - использование средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями на финансовое обеспечение медицинской помощи, не включенной в территориальную программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, на выплаты (заработная плата, премии, доплаты, поощрения, материальная помощь) лицам, не участвующим в реализации территориальной программы ОМС.

7.7. Неэффективным использованием медицинскими организациями средств ОМС являются:

- приобретение лекарственных препаратов, не зарегистрированных в Российской Федерации, не имеющих сертификатов соответствия;
- оплата расходов по статьям «Заработная плата» и «Начисления на выплаты по оплате труда» сверх рекомендованной доли расходов в структуре тарифа;
- приобретение неэффективных лекарственных препаратов с низким терапевтическим эффектом;
- проведение необоснованного дополнительного обследования при уже установленном клиническом диагнозе;
- проведение лечебно-диагностических мероприятий, не соответствующих стандартам медицинской помощи по основному заболеванию, также при отсутствии обострения уточненных сопутствующих заболеваний;
- необоснованное дублирование лабораторных и диагностических исследований;
- наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий с истекшим сроком годности.

8. Взаимодействие участников обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи

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

- договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенного между Территориальным фондом и СМО;
- договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенных СМО с медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС.

8.2. При планировании объема медицинской помощи, оказываемой:

в амбулаторных условиях - единицей объема является посещение:

- с профилактической целью,
- по неотложной медицинской помощи,
- по обращениям в связи с заболеванием;

в условиях дневных стационаров – пациенто-день;

в стационарных условиях – койко-день.

8.3. Объемы медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии между СМО и между медицинскими организациями на год с поквартальной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности не реже одного раза в квартал.

8.4. Медицинская организация после согласования объемов медицинской помощи (плана-задания) формирует смету доходов и расходов. В случае получения доходов сверх утвержденной сметы за счет увеличения объемов медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Алтай, медицинская организация производит пропорциональную корректировку сметы доходов и расходов в соответствии с утвержденной структурой тарифа.

8.5. Медицинская организация ежемесячно направляет в СМО по принадлежности застрахованных лиц:

- заявку на авансирование медицинской помощи, с указанием периода авансирования и суммы;

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

- заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее – заявка на авансирование). В заявку на авансирование включается объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи;

- 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.

8.7. В соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи и представленными заявками СМО направляет целевые средства на авансирование оплаты медицинской помощи в медицинские организации, которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи.

8.8. Медицинская организация ежемесячно (за отчетный месяц) формирует счет на оплату медицинской помощи, реестр счетов и предъявляет:

- в СМО по принадлежности застрахованных лиц,
- в Территориальный фонд за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Оплата медицинской помощи производится в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и по установленным способам и тарифам на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

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

8.10. При наличии отклоненных от оплаты счетов по результатам проведенного СМО контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, медицинская организация вправе доработать их и представить в СМО не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от СМО.

8.11. В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования:

- Территориальный фонд и СМО ежемесячно проводят сверку расчетов, по результатам которой составляют акт сверки расчетов;
- медицинская организация и СМО ежемесячно проводят сверку расчетов и составляют акт.

8.12. СМО и медицинская организация обязаны соблюдать требования ведения раздельного учета по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

8.13. Оплата плановой стационарной помощи производится в пределах согласованных объемов (с нарастающим итогом с начала года) с учетом принятых к оплате объемов медицинской помощи, оказанной в экстренной форме. Медицинская помощь в экстренной и неотложной форме принимается к оплате в полном объеме.

8.14. Обобщение сведений о выполнении согласованных объемов медицинской помощи (плана – задания) производится рабочей группой, созданной при Комиссии. На основании анализа соотношения оказанных медицинскими организациями и оплаченных СМО объемов медицинской помощи (с учетом результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи) рабочая группа раз в квартал производит корректировку плана – задания по каждой медицинской организации и СМО и с соответствующим обоснованием представляет Комиссии для принятия решения.

8.15. Решение Комиссии о скорректированных объемах медицинской помощи доводится Территориальным фондом до медицинских организаций и СМО.

8.16. Оплата объемов медицинской помощи, превышающих плановые показатели, осуществляется по итогам 11 месяцев по решению Комиссии при наличии средств у Территориального фонда. Медицинская организация представляет на рассмотрение Комиссией заявку на дополнительное финансирование с обоснованием потребности.

9. Прочие условия Соглашения

9.1. При обоснованной экономии средств обязательного медицинского страхования медицинская организация направляет в адрес Комиссии заявку о разрешении использования средств на дополнительные статьи расходов. На эти цели медицинская организация может подавать заявку по результатам работы за 11 месяцев (в исключительных случаях ранее указанного срока) и при отсутствии кредиторской задолженности по статьям расходов, включенным в структуру тарифа. По решению Комиссии медицинская организация вправе изменить структуру затрат в соответствии со штатно-сметной документацией в пределах общей суммы средств, предусмотренных планом - заданием.

10. Срок действия Соглашения, порядок его изменения

10.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01.01.2013 г.

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:

Приложение № 1 - тариф посещения с профилактической целью;

Приложение № 2 - тариф посещения по неотложной медицинской помощи;

Приложение № 3 - тариф посещения среднего медперсонала, ведущего самостоятельный прием;

Приложение № 4 - тариф одного посещения (по поводу заболевания);

Приложение № 5 - подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях;

Приложение № 6 - тариф пациенто-дня при стационаре;

Приложение № 7 - тариф пациенто-дня при поликлинике;

Приложение № 8 - тариф законченного случая лечения в дневном стационаре при больничном учреждении;

Приложение № 9 - тариф законченного случая лечения в дневном стационаре при поликлинике;

Приложение № 10 - тариф койко-дня;

Приложение № 11 - тариф законченного случая лечения в стационаре;

Приложение № 12 - тариф одного вызова скорой медицинской помощи;

Приложение № 13 - тариф подушевого финансирования скорой медицинской помощи;

Приложение № 14 - тариф на оплату отдельных медицинских технологий (услуг);

Приложение № 15 - тариф законченного случая диспансеризации отдельных категорий граждан;

Приложение № 16 - тариф одного обращения по поводу заболевания.

Представители сторон, участвующие в Соглашении:

Министр здравоохранения
Республики Алтай

Директор
ТФОМС Республики Алтай

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



Председатель региональной
общественной организации
«Ассоциация врачей Республики Алтай»


 Ф.Ф.Федотов

Представитель Республиканской организации
профсоюза работников здравоохранения

 Е.А. Савостина