

**Тарифное соглашение
на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому
страхованию на территории Республики Алтай на 2014 год и на
плановый период 2015 и 2016 годов**

г. Горно-Алтайск

30 декабря 2013г.

Министерство здравоохранения Республики Алтай, в лице и.о.министра здравоохранения Республики Алтай Пелеганчука Владимира Алексеевича, 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, председателя Алтайской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице Григоренко Елены Николаевны, 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» Иташева Аржана Валерьевича, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили Тарифное соглашение (далее – Соглашение) на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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 осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Алтай на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов и другими нормативными правовыми актами, регулирующими взаимоотношения участников обязательного медицинского страхования.

3. Способы и тарифы на оплату медицинской помощи

3.1. В целях обеспечения единства ценообразования и обеспечения доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам, в рамках территориальной программы ОМС на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов применяются следующие способы оплаты и тарифы:

3.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

3.2.1 - подушевой норматив финансирования согласно приложению № 1 (за исключением стоматологической помощи, гемодиализа, диспансеризации отдельных категорий населения, медицинских осмотров несовершеннолетних, профилактических медицинских осмотров взрослого населения), рассчитанного исходя из тарифа посещения профилактического посещения, тарифа по неотложной помощи и тарифа обращения по поводу заболевания, в рамках согласованных объемов медицинской помощи.

3.2.2. - тариф обращения по поводу заболевания, согласно приложению № 2,
- тариф посещения с профилактической целью, согласно приложению № 2.1,
- тариф посещения по неотложной помощи, согласно приложению № 2.2.

(в т.ч. по межтерриториальным расчетам);

3.2.3. стоматологическая помощь - по тарифу УЕТ, согласно приложению № 3;

3.2.4. - тариф за услугу (законченный случай лечения (исследования) отдельных медицинских технологий) по факту, согласно приложению № 4;

3.2.5. оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения:

1 этап диспансеризации – по тарифу законченного случая, согласно приложению № 5;

2 этап диспансеризации – по тарифу посещения по специальностям, согласно приложению № 5.1;

3.2.6. - тариф законченного случая диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, согласно приложению № 6.

3.2.7. медицинские осмотры определенных возрастов несовершеннолетних по тарифу законченного случая, согласно приложению № 7;

3.2.8. оплата посещений центров здоровья, согласно приложению № 8:

- тариф законченного случая – комплексное обследование впервые обратившихся в центр здоровья;

- тариф посещения – динамическое наблюдение в центре здоровья;

3.2.9. - тариф посещения среднего медперсонала, ведущего самостоятельный прием согласно приложению № 9.

3.3. 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 осуществлении

отсутствующих видов работ (услуг), в целях привлечения соответствующих медицинских работников с оплатой расходов по подстатье 226 «Прочие работы, услуги».

3.4. Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях (число посещений с профилактической и иными целями) включает посещения:

- а) центров здоровья;
- б) в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в) в связи с диспансерным наблюдением;
- г) в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;
- д) медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- е) с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания, посещения, связанные с диагностическим обследованием, направлением на госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов).

3.5. Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром), посещений с иными целями, в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, а также обращений по поводу заболеваний.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утверждаемой Минздравом России.

3.6. Финансовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

3.7. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в рамках согласованных объемов:

3.7.1. - законченный случай лечения заболевания, включенного в клинко-профильную группу (КПГ - группа клинко-статистических групп заболеваний (КСГ) и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи), с учетом уровня оказания медицинской помощи:

первый уровень - центральные районные больницы, согласно приложению № 10;

второй уровень - республиканские учреждения;

третий уровень - республиканские учреждения, согласно приложению №11;

3.7.2. - законченный случай лечения заболевания, включенного в клинко-статистические группы заболеваний (КСГ – группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)) в следующих медицинских организациях:

БУЗ РА «КВД» », согласно приложению № 12;

БУЗ РА «ЦПБС», согласно приложению № 13.

3.7.3. 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.

3.7.4. 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.

3.7.5. В случае пребывания больного на койке менее допустимого отклонения, оплата производится за фактическое количество койко-дней по тарифу койко-дня в профильном отделении.

3.7.6. В случае превышения допустимого отклонения оплата производится с учетом результатов экспертизы качества медицинской помощи.

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

3.7.8. 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.

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

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

3.7.11. 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 показателей, тариф койко-дня увеличивается на 140,59 руб.

3.7.12. Законченный случай лечения в стационаре – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписки, перевода 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).

3.7.13. Уровни оказания медицинской помощи, согласно приложению № 14.

3.8. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (далее - ДС) с учетом типа дневных стационаров по специальностям:

3.8.1. - законченный случай лечения заболевания в ДС при больничном учреждении, согласно приложению № 15;

- законченный случай лечения заболевания в ДС при амбулаторно-поликлиническом учреждении, согласно приложению № 16;

- законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ, - для БУЗ РА «КВД», БУЗ РА «ЦПБС», согласно приложению № 17;

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.

3.8.2. В случае пребывания больного на койке менее допустимого отклонения, оплата производится по тарифу пациенто-дня:

ДС при больничном учреждении, согласно приложению № 15;

ДС при амбулаторно-поликлиническом учреждении и стационар на дому, согласно приложению № 16;

3.8.3. оплата за 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), не включенных в перечень видов ВМП, утверждаемый Минздравом России, производится по МТР, в соответствии с порядком направления, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Алтай, по тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

3.9. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, за исключением санитарно-авиационной, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации:

3.9.1. - подушевой норматив финансирования скорой помощи, согласно приложению № 18.

3.9.2. - тариф вызова для межтерриториальных расчетов, согласно приложению № 19.

3.10. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

3.11. Вызов – обращение больного на станцию (подстанцию, отделение) скорой помощи независимо от времени суток за скорой медицинской помощью, а также медицинская транспортировка пациента.

3.12. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, в соответствии с частью 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.13. 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, специализированной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и стандарты медицинской помощи.

3.14. 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.

3.15. Финансовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода) осуществляется за счет бюджетных ассигнований.

4. Структура тарифа

4.1. 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), расходы на оплату услуг по организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, коммунальных услуг, 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 основных средств стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

4.2. Расходы медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу, приобретения медицинской мебели, кухонной мебели осуществляются за счет бюджетных ассигнований, за исключением оборудования, которое согласно сертификату (декларации) соответствия относится в соответствии с Классификацией основных средств к виду 14 3311320 «Оборудование для кабинетов и палат, оборудование для лабораторий и аптек» раздела 14 0000000 «Машины и оборудование».

4.3. Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда.

4.3.1. 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, медицинским работникам, участвующим в реализации стандартов медицинской помощи, диспансеризации отдельных категорий граждан и мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи в соответствии с Порядком установления, начисления и осуществления денежных выплат стимулирующего характера, утвержденным приказами Министерства здравоохранения Республики Алтай (от 25.03.2013 № 70; 16.01.2013 № 06; 16.05.2013 № 123), выплаты компенсационного характера (стаж, вредность по результатам аттестации рабочего места), надбавки за почетное звание, ученую степень 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 (в соответствии с постановлениями Правительства РФ от 9 апреля 1992 г. № 239 и от 29 мая 1993 г. № 512);

- 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.

4.3.2. Начисления на выплаты по оплате труда - расходы по уплате страховых взносов, штрафы и пени.

4.3.3. Прочие выплаты – суточные при служебных командировках, расходы по оплате дополнительных выплат и компенсаций, обусловленных условиями трудового (коллективного) договора.

4.4. Оплата работ, услуг

4.4.1. Услуги связи – расходы на приобретение услуг связи (оплата договоров на оказание услуг связи, радиосвязи, интернет-провайдеров в целях обеспечения собственных нужд медицинской организации (МО) для выполнения территориальной программы ОМС. Расходы МО по оплате договоров на предоставление услуг сотовой связи на основании утвержденного руководителем МО перечня должностей работников, которым в силу исполняемых ими обязанностей необходимо использование сотовой связи в пределах утвержденного лимита. Расходы МО по оплате договоров на оказание услуг по установке дополнительных точек связи, радиоточек).

4.4.2. Транспортные услуги – расходы на приобретение транспортных услуг (оплата договоров на оказание транспортных услуг в целях обеспечения собственных нужд МО для выполнения территориальной программы ОМС), оплата проезда к месту служебной командировки и обратно.

4.4.3. Коммунальные услуги – расходы МО по оплате договоров на приобретение коммунальных услуг в целях выполнения территориальной программы ОМС.

4.4.4. Арендная плата за пользование имуществом – расходы по оплате **арендной платы** в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды, имущественного найма, проката) имущества, в том числе помещений в целях обеспечения собственных нужд МО, автомобилей для выполнения территориальной программы ОМС.

4.4.5. Расходы, 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, в целях обеспечения собственных нужд МО для выполнения территориальной программы ОМС (за исключением капитального ремонта зданий, сооружений, помещений):

- текущий ремонт;
- проверка, паспортизация, клеймение средств измерений, измерительных медицинских аппаратов;
- противопожарные мероприятия, связанные с содержанием имущества;
- расходы на ремонт и техническое обслуживание транспортных средств;
- другие расходы по содержанию имущества.

4.4.6. 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, проведение внутрилабораторного контроля качества клинических исследований в рамках территориальной программы ОМС, расходы на оплату программного обеспечения и прочих услуг в области информационных технологий, экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы на выполнение работ, на оказание услуг: вневедомственную (в том числе пожарную) охрану, охранную и пожарную сигнализацию (эксплуатацию), расходы по страхованию транспортных средств, расходы на техническое обслуживание оборудования (медицинского, информационно-аналитического) иные работы и услуги, приобретаемые на основании договоров гражданско-правового характера с физическими и юридическими лицами, в целях выполнения территориальной программы ОМС, аттестация рабочих мест, услуги по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов.

4.5. Прочие расходы – затраты на уплату налогов и сборов в бюджеты всех уровней (кроме начислений на выплаты по оплате труда), государственной пошлины и иные обязательные платежи. Уплата штрафов, пеней за несвоевременную уплату налогов, сборов, в том числе за нарушение требований пожарной безопасности, возмещение физическому лицу морального и физического вреда, взысканного по решению суда в связи с некачественным оказанием медицинской помощи, и другие экономические санкции. Экономически обоснованные прочие виды расходов.

4.6. Увеличение стоимости основных средств – расходы на приобретение оборудования стоимостью до 100,0 тыс. рублей за единицу, в том числе не медицинского, используемых в процессе деятельности МО для выполнения территориальной программы ОМС (в том числе медицинского инструментария и оборудования со сроком полезного действия более 12 месяцев).

4.7. Увеличение стоимости материальных запасов - расходы на приобретение:

- медикаментов (лекарственных препаратов в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, включенному в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов на территории Республики Алтай и стандартами медицинской помощи), 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 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) для выполнения территориальной программы ОМС;

- лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов для оказания стоматологической помощи в рамках территориальной программы ОМС на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ (в соответствии с перечнем, согласованным Министерством здравоохранения Республики Алтай и Территориальным фондом);

- запасных и (или) составных частей для оборудования, машин, в том числе стоимостью свыше 100 тысяч рублей, 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, обмундирования, спецодежды, средств защиты (очки, перчатки и фартуки и т.д.).

- продуктов питания;

- горюче-смазочных материалов;

- кухонного инвентаря, хозяйственных материалов, канцелярских принадлежностей, в том числе бланков строгой отчетности;

Также расходы по обеспечению специальным питанием медицинских работников, работа которых связана с вредными, опасными для здоровья и жизни условиями труда.

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.

4.8. Социальное обеспечение – расходы на социальное обеспечение работников в рамках исполнения полномочий работодателя.

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

4.10. МО в течение года самостоятельно формирует резерв на оплату отпусков и расходы на выплату заработной платы при закрытии отделений на проведение плановых ремонтов, карантинных и профилактических мероприятий.

4.11. При невыполнении МО объемов медицинской помощи, определенных планами - заданиями, выплата заработной платы и оплата других статей, включенных в финансовый норматив, в расчете на невыполненный объем, не является обязательством ОМС.

4.12. Структура средних финансовых затрат на медицинские услуги, согласно приложению № 20.

5. Оплата медицинской помощи, утвержденной сверх базовой программы ОМС

5.1. Оплата медицинской помощи, утвержденной сверх базовой программы ОМС, оказанной в бюджетных учреждениях здравоохранения: центральных районных больницах, ЦПБС, КВД, Центре медицины катастроф, в части скорой медицинской помощи не застрахованным и не идентифицированным по ОМС (за исключением специализированной санитарно-авиационной медицинской помощи) осуществляется Территориальным фондом в рамках согласованных объемов медицинской помощи по подушевому нормативу, рассчитанному исходя из тарифов посещений, койко-дня и пациенто-дня.

5.2. Медицинские организации обязаны вести отдельный учет объемов медицинской помощи, оказанной сверх базовой программы ОМС, и представлять ежемесячно установленный отчет в Территориальный фонд.

5.3. Финансирование медицинской помощи сверх базовой программы ОМС осуществляется Территориальным фондом в пределах переданных межбюджетных трансфертов.

6. Индексация тарифов

6.1. 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.

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

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

7.1. Территориальным фондом и страховой медицинской организацией (далее - СМО) осуществляется контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по территориальной программе 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».

7.2. Экспертная деятельность СМО и Территориального фонда направлены на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи надлежащего качества в установленных

территориальной программой ОМС 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.

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

7.4. 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).

7.5. 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.

7.6. 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.

7.7. 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.

8. Контроль использования средств обязательного медицинского страхования

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

8.2. 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.

8.3. 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.

8.4. 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.

8.5. 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.

8.6. **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.

8.7. **Неэффективным использованием медицинскими организациями средств ОМС являются:**

- приобретение лекарственных препаратов, не зарегистрированных в Российской Федерации, не имеющих сертификатов соответствия;
- оплата расходов по статье «Оплата труда 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.

9. Взаимодействие участников обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи

9.1. 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.

9.2. При планировании объема медицинской помощи, оказываемой:

в амбулаторных условиях - единицей объема является:

а) посещение

- **с профилактической целью**, из них:

- медицинский осмотр;
- диспансеризация определенных групп населения;
- комплексный медицинский осмотр;
- патронаж;
- в связи с другими обстоятельствами;

- **с иными целями, в том числе в связи с заболеваниями**, из них:

- оказание медицинской помощи в неотложной форме;
- активное посещение, включая консультации врачей-специалистов;
- диспансерное наблюдение;

б) обращение по поводу заболевания, являющееся законченным случаем лечения у лечащего врача с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания;

в условиях дневных стационаров – пациенто-день;

в стационарных условиях – случай госпитализации.

9.3. Объемы медицинской помощи, установленные ТПОМС, распределяются решением Комиссии между СМО и между медицинскими организациями на год с ежемесячной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности не реже одного раза в квартал.

9.4. Медицинская организация после согласования объемов медицинской помощи (плана-задания) составляет план финансово-хозяйственной деятельности.

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

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

9.6. 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.

9.7. 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.

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

- в СМО по принадлежности застрахованных лиц,

- в Территориальный фонд за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

9.9. 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.

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

9.11. 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.

9.12. 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.

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

9.14. Оплата плановой стационарной помощи осуществляется 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.

9.15. Обобщение сведений о выполнении согласованных объемов медицинской помощи (плана – задания) проводится рабочей группой, созданной при Комиссии. На основании анализа 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 представляет Комиссии обоснованные предложения о корректировке плана – задания по каждой медицинской организации и СМО.

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

10. Прочие условия Соглашения

10.1. 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 **10** 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.

11. Срок действия Соглашения, порядок его изменения

11.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01.01.2014 г.

11.2. 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.

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

11.4. Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения:

Приложение № 1 – подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях;

Приложение № 2; 2.1; 2.2, - тариф АМП, в т.ч. по межтерриториальным расчетам;

Приложение № 3 - тариф УЕТ по стоматологии;

Приложение № 4 - тариф за услугу (законченный случай лечения (исследования) отдельных медицинских технологий);

Приложение № 5 и 5.1 – тариф диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Приложение № 6 – тариф законченного случая диспансеризации детей-сирот;

Приложение № 7 – оплата медицинских осмотров несовершеннолетних;

Приложение № 8 – тариф посещений центров здоровья;

Приложение № 9 – тариф посещения среднего медперсонала, ведущего самостоятельный прием;

Приложения № 10,11 - тариф законченного случая лечения заболевания в стационарных условиях, включенного в КПП, с учетом уровня оказания медицинской помощи;

Приложения № 12.13 - тариф законченного случая лечения заболевания в стационарных условиях, включенного в КСГ;

Приложение № 14 – уровни оказания медицинской помощи;

Приложения № 15,16 – тариф законченного случая лечения в ДС;

Приложение № 17 – тариф законченного случая лечения заболевания в ДС, включенного в КСГ (БУЗ РА «КВД», БУЗ РА «ЦПБС»);

Приложение № 18 - тариф подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи;

Приложение № 19 - тариф вызова скорой медицинской помощи (по МТР).

Приложение № 20 – структура средних финансовых затрат на медицинские услуги.

Приложение № 21 – Перечни оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

Представители сторон, участвующие в Соглашении:

И.о. министра здравоохранения
Республики Алтай

В.А.Пелеганчук

Директор
ТФОМС Республики Алтай

С.К.Чутпокова

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

А.В.Иташев

Председатель региональной
общественной организации
«Ассоциация врачей Республики Алтай»

Ф.Ф.Федотов

Председатель Алтайской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

Е.Н. Григоренко