

**Тарифное соглашение
на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому
страхованию на территории Республики Алтай на 2015 год и на
плановый период 2016 и 2017 годов**

г. Горно-Алтайск

« 30 » 12 2014 г.

I. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Алтай на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (далее – Тарифное соглашение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02. 2011 № 158н, 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», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11. 2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов на территории Республики Алтай, утвержденной постановлением Правительства Республики Алтай от 18.12.2014 № 383 и другими нормативными правовыми актами, регуливающими взаимоотношения участников обязательного медицинского страхования.

1.2. Тарифное соглашение заключили Министерство здравоохранения Республики Алтай, в лице И.о. Министра здравоохранения Пелеганчука Владимира Алексеевича, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Алтай (далее – Территориальный фонд), в лице директора Чутпоковой Светланы Кыпчаковны, региональная общественная организация «Ассоциация врачей Республики Алтай», в лице председателя Федотова Федора Федоровича, Алтайская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Григоренко Елены Николаевны, страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Алтай (далее – СМО), в лице директора филиала ЗАО «Капитал Медицинское

страхование» Иташева Аржана Валерьевича, включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Республики Алтай, и именуемые в дальнейшем Стороны.

1.3. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС), размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в целях обеспечения единства ценообразования и обеспечения доступности и качества медицинской помощи.

1.4. В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные термины и определения:

медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

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

медицинская организация (далее - МО) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

способ оплаты медицинской помощи – установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках программы ОМС способ финансирования медицинской помощи, оказанной МО в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст.32 п.3);

подушевой норматив финансирования МО – показатель, отражающий размер средств на осуществление затрат по предоставлению медицинской помощи за счет средств ОМС в расчете на одно застрахованное лицо;

посещение – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью;

посещение с профилактической целью – оказание медицинской помощи лицам без признаков острого заболевания или обострения хронического заболевания врачом или медицинским работником со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный прием, с целью проведения мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,

предупреждение возникновения, прогрессирования, распространения заболеваний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития;

посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме – оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в МО, в структуре которых созданы отделения (кабинеты) неотложной медицинской помощи, с учетом установленных плановых объемов медицинской помощи для этих МО;

обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания у лечащего врача с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания, когда цель обращения достигнута;

условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку);

клинико-профильная группа заболеваний (КПГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи;

клинико-статистическая группа 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);

базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара / дневного стационара – средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания стационарной медицинской помощи;

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);

вызов скорой медицинской помощи – обращение населения по поводу несчастных случаев, внезапных заболеваний, родов, для экстренной

транспортировки в стационар больных и пострадавших, а также по поводу чрезвычайных ситуаций, сопровождающихся потерями среди населения.

1.5. 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».

1.6. При оказании в рамках территориальной программы ОМС 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.

1.7. 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.

1.8. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу осуществляется на основании представленных МО реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы (далее – Комиссия), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС.

1.9. При планировании объема медицинской помощи, оказываемой: в амбулаторных условиях - единицей объема является:

а) посещение

- с профилактической целью;

- 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.

II. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32

Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

1) **вне медицинской организации** (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) **амбулаторно** (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) **в дневном стационаре** (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) **стационарно** – (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется:

2.2.1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

В подушевой норматив финансирования не включена оплата стоматологической помощи, диспансеризации отдельных категорий населения, медицинских осмотров несовершеннолетних (профилактических, предварительных и периодических), профилактических медицинских осмотров взрослого населения, посещений центров здоровья.

Перечень МО (структурных подразделений МО), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (**приложение № 1**);

2.2.2. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц (**приложение № 2**).

2.2.3. Оплата отдельных медицинских услуг (технологий) производится по тарифам согласно перечню;

2.2.4. Оплата заместительной почечной терапии методом амбулаторного гемодиализа производится за медицинскую услугу (за 1 сеанс гемодиализа) в пределах объемов, установленных решением Комиссии.

2.2.5. За УЕТ – оплата стоматологической помощи.

2.2.6. В центрах здоровья оплата медицинской помощи осуществляется:

- за 1 комплексное обследование (законченный случай) в центре здоровья для детей (первичное), за 1 комплексное обследование (законченный случай) в центре здоровья для взрослых (первичное),

- за посещение - при динамическом наблюдении в центрах здоровья, независимо от применяемого в МО способа оплаты амбулаторной помощи. Кратность первичного обращения в центр здоровья составляет 1 раз в год.

2.2.7. Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения:

- за законченный случай при выполнении не менее 85% от объема обследования на 1 этапе, установленного для данного возраста и пола;
- за посещение - на 2 этапе диспансеризации.

Перечень осмотров врачами – специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий определен приказом МЗ РФ от 03.12.2012 № 1006н.

2.2.8. Оплата за проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку в приемную или патронатную семью осуществляется за законченный случай.

2.2.9. Случай диспансеризации считается законченным при проведении всего перечня осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, определенных приказами МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н, от 11.04.2013 № 216н.

2.2.10. Оплата за проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения и медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения РФ, осуществляется за законченный случай.

2.2.11. Профилактический медицинский осмотр взрослого населения считается законченным в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований).

2.2.12. При отсутствии в МО 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 расходов по подстатье 226 «Прочие работы, услуги».

2.2.13. Медицинская помощь, оказанная в приемных отделениях стационаров пациентам, не подлежащим госпитализации, оплачивается по тарифу врачебного посещения. Оказанная медицинская помощь и причины отказа в госпитализации должны быть зафиксированы за подписью врача в медицинской документации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.11. 2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации». Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим выставление счета на оплату, является осмотр врача и проведение лечебно-диагностических мероприятий.

2.2.14. МО обязаны вести отдельный учет:

а) **посещений с профилактической целью** (посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическими осмотрами взрослого населения и медицинскими осмотрами несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения РФ, патронажем, посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием);

- б) **посещений с иными целями** (разовые посещения по поводу заболевания, посещения, связанные с диагностическим обследованием, получением санаторно-курортной карты, консультации врачей-специалистов);
- в) **посещений в связи с оказанием неотложной медицинской помощи;**
- г) **обращений по поводу заболеваний.**

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

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

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-профильную группу (КПГ) или клинико-статистические группы заболеваний (КСГ), в рамках согласованных Комиссией объемов медицинской помощи.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (**приложение № 3**).

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

2.3.2. 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.

2.3.3. 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.

2.3.4 Оплата по тарифу за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-профильную группу (КПГ) или клинико-статистические группы заболеваний (КСГ) 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).

2.3.5. Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре, в том числе при переводе пациента из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями осуществляется по тарифу законченного случая, а сверхкороткие случаи лечения (менее 3х дней) размере 40% от стоимости законченного случая.

2.3.6. Отдельные медицинские услуги, оказываемые стационарным пациентам, дополнительно к оплате не предъявляются, за исключением стоматологической помощи (оплата за УЕТ).

2.3.7. Оплата специализированной медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС по профилю «Медицинская реабилитация», осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КПГ или КСГ).

2.3.8. Оплата медицинской реабилитации в т.ч. в условиях санаторно-курортных организаций производится по тарифам субъекта РФ по факту оказания данной медицинской помощи в рамках МТР.

2.3.9. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, осуществляется в пределах объемов, установленных Комиссией, по тарифам за законченный случай лечения, в соответствии с перечнем видов ВМП, который содержит, в том числе методы лечения.

2.3.10. Направление пациентов в МО за пределами РА для оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется комиссией по отбору и направлению на оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи при Минздраве Республики Алтай.

2.3.11. Оплата консультативно-диагностических услуг, оказанных пациенту другими МО, работающими в сфере ОМС, во время нахождения его в стационаре (дневном стационаре), производится по гражданско-правовым договорам, заключенным между МО (подстатья 226).

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-профильную группу (КПГ) или клинико-статистические группы заболеваний (КСГ), в рамках согласованных Комиссией объемов медицинской помощи.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (**приложение № 4**).

2.4.1. Оплата прерванного случая лечения пациента в условиях дневного стационара, в том числе при переводе пациента из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями осуществляется по тарифу законченного случая, а сверхкороткие случаи лечения (менее 3х дней) размере 40% от стоимости законченного случая.

2.4.2. 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.

2.5. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации осуществляется по подушевому нормативу финансирования

скорой медицинской помощи в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи - для межтерриториальных расчетов.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих скорую медицинскую помощь оказанной вне медицинской организации **(приложение № 5).**

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

III. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 года № 160н, от 20 ноября 2013 года № 859 ан).

3.2. Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н (с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2013 года № 794н).

3.3. В части медицинской помощи, оказываемой **в амбулаторных условиях**, установлены:

3.3.1. размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, **приложение № 6;**

3.3.2. тариф УЕТ по стоматологии, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, **приложение № 7;**

3.3.3. тариф обращения (законченного случая) и одного посещения по поводу заболевания, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, **приложение № 8, 8.1;**

3.3.4. тариф посещения среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, и тариф посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, **приложение № 9;**

3.3.5. тарифы отдельных медицинских технологий, медицинской услуги, **приложение № 10;**

3.3.6. тарифы при проведении диспансеризации взрослого населения:

- тариф законченного случая 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, **приложение № 11;**

- тариф посещения – 2 этап диспансеризации, **приложение № 11.1;**

3.3.7. 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 (законченных случаев по полу и возрасту), **приложение № 12;**

3.3.8. тарифы на медосмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, **приложение № 13:**

- тарифы на профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (законченных случаев по возрасту и полу);

- тарифы на предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних;

- тарифы на периодические медицинские осмотры несовершеннолетних;

3.3.9. тарифы посещений центров здоровья, **приложение № 14:**

- тариф за 1 первичное комплексное обследование (законченный случай) обратившихся в центр здоровья для взрослых;

- тариф за 1 первичное комплексное обследование (законченный случай) обратившихся в центр здоровья для детей;

- тариф посещения – динамическое наблюдение в центре здоровья.

3.4. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, устанавливаются дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи:

3.4.1. **уровень 1 (1.1 и 1.2)** – МО, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального района, а также внутригородского района;

3.4.2. **уровень 2** - МО, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе в городских округах с внутригородским делением;

3.4.3. **уровень 3** - МО, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах Республики Алтай, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

3.4.4. Перечень МО по уровням оказания медицинской помощи, **приложение № 15.**

3.5. **В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:**

3.5.1. При расчете стоимости лечения в условиях стационара используется базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи, равная 22 233,1 руб. К базовой ставке применяются районные коэффициенты, в том числе с учетом процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях и за работу в

местностях с особыми климатическими условиями для: Кош-Агачской РБ - 2,4; Улаганской РБ и Акташской больницы - 2,2; остальных МО - 1,4 и коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, с учетом коэффициентов КПП и КСГ:

0,85 – для 1 уровня (в т.ч. 1.1 уровень; 1.2. уровень),

0,90 – для 2 уровня,

1,0 – для 3 уровня,

а также может применяться коэффициент сложности курации пациента (КСКП) и управленческий коэффициент (КУ).

При предоставлении спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или 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 применяется коэффициент 1,05;

3.5.2. тарифы 1 койко-дня и законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ по БУЗ РА «КВД», «ЦПБС», **приложение № 16,17;**

3.5.3. тариф 1 койко-дня и законченного случая лечения заболевания, включенного в КПП, **приложение № 18, 18.1.;**

3.5.4. тариф на оплату законченного случая лечения заболеваний с применением методов ВМП (для БУЗ РА «Республиканская больница»), **приложение № 19;**

3.5.5. Если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической клинико-статистической группе заболеваний. Отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется при этом в соответствии с кодом основного (клинического) диагноза по МКБ-10 на основании справочника «КСГ МКБ».

Если при оказании медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по хирургической клинико-статистической группе заболеваний. Отнесение случая лечения при выполнении хирургического вмешательства к клинико-статистической группе заболеваний осуществляется в соответствии с кодом хирургической операции на основании справочника «КСГ Номенклатура».

Если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по клинико-статистической группе заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент затратоемкости.

Если затратоемкость хирургической группы, к которой был отнесен случай лечения меньше затратоемкости терапевтической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, то оплата осуществляется по терапевтической группе.

В качестве основных критериев группировки используются код терапевтического диагноза в соответствии со справочником МКБ-10 и код операции в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 № 1664н (далее – Номенклатура).

Формирование комбинированных групп осуществляется с учетом сочетания диагноза, операции и используемой медицинской технологии. В качестве дополнительных критериев при формировании комбинированных КСГ используются следующие признаки: код терапевтического диагноза (при основном критерии группировки – код операции); код Номенклатуры (при основном критерии группировки – код диагноза); пол; возраст.

Оплата случаев оказания медицинской помощи с тяжелой множественной и сочетанной травмой осуществляется с учетом вторичных диагнозов, в том числе характеризующих тяжесть состояния. В эту группу относятся травмы в двух и более анатомических областях (голова - шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ-10) или один диагноз множественной травмы и травмы в нескольких областях тела и, как минимум, один из следующих диагнозов: J95.1, J95.2, J96.0, N17, T79.4.

3.6. В части медицинской помощи, оказываемой **в условиях дневного стационара:**

3.6.1. При расчете стоимости лечения в условиях дневного стационара используется базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи, равная 1 306,9 руб. К базовой ставке применяются районные коэффициенты, в том числе с учетом процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях и за работу в местностях с особыми климатическими условиями для: Кош-Агачской РБ - 2,4; Улаганской РБ и Акташской больницы - 2,2; остальных МО - 1,4, с учетом коэффициентов КПП и КСГ:

3.6.2. - тариф 1 пациенто-дня и законченного случая лечения заболевания, включенного в КПП (КСГ), в дневном стационаре при больничном учреждении и при поликлинике, **приложение № 20,21.**

3.7. В части **скорой медицинской помощи**, оказываемой вне медицинской организации:

3.7.1. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи:

- размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, **приложение № 22;**

- тариф за вызов скорой медицинской помощи для осуществления межтерриториальных расчетов, **приложение № 23;**

3.8. Структура тарифа

3.8.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает в себя:

расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, 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, 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 (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.8.2. Расходы медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу осуществляются за счет бюджетных ассигнований.

3.8.3. Оплата труда и начисления на оплату труда

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 денежные 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 медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным), 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.

3.8.4. 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.

3.8.5. 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.

3.8.6. **Начисления на оплату труда** - расходы по уплате страховых взносов, штрафы и пени.

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

3.8.8. **Оплата работ, услуг**

3.8.9. **Услуги связи** – расходы на приобретение услуг связи (оплата договоров на оказание услуг связи, радиосвязи, интернет-провайдеров в целях обеспечения собственных нужд 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).

3.8.10. **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.

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

3.8.12. 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.

3.8.13. 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;
- поверка, 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.

3.8.14. 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 МО, 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.

3.8.15. Прочие расходы – расходы по уплате налога на имущество, других налогов и сборов в бюджеты всех уровней (кроме начислений на оплату труда), государственной пошлины и иных обязательных платежей, штрафов и 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. При этом уплата налога за счет средств обязательного медицинского страхования возможна в случае, если обязанность уплаты указанных расходов совпадает с годом реализации территориальной программы ОМС.

3.8.16. Увеличение стоимости основных средств – расходы на приобретение оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100,0 тыс. рублей за единицу, в том числе бытовых кондиционеров, холодильников, электрообогревательных приборов, приборов для приготовления пищи, стиральных машин, изделий текстильных швейных (шторы, тюль), жалюзи и другие предметы хозяйственного назначения.

3.8.17. 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), иммунобиологических препаратов, 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 частей и (или) составных частей для машин, оборудования, 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;
 - 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.

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

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

3.10. Доля (структура) расходования средств в процентах (в том числе минимальные и (или) максимальные значения) по направлениям расходования средств, **приложение № 24.**

3.11. Доля (структура) расходования средств в процентах (в том числе минимальные и (или) максимальные значения) по направлениям расходования средств при оказании ВМП, **приложение № 25.**

IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Территориальным фондом и 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».

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

4.3. 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 № 326-ФЗ, 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).

4.4. 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 МО, либо подлежит возврату в СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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

4.6. 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 МО в бюджет Территориального фонда. К СМО применяются санкции в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

4.7. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества установлен Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи и последствий неисполнения МО договорных обязательств в виде неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты штрафа в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (**приложение № 27,28**).

V. Финансирование медицинской помощи сверх базовой программы ОМС

5.1. Оплата медицинской помощи сверх базовой программы ОМС, оказанной в бюджетных учреждениях здравоохранения: районных больницах, РБ, РДБ, ПБС, КВД, Центре медицины катастроф, в части скорой медицинской помощи не застрахованным и не идентифицированным по ОМС (за исключением специализированной санитарно-авиационной медицинской помощи) осуществляется в рамках согласованных Комиссией объемов медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рассчитанному исходя из тарифов посещений, койко-дня, пациенто-дня и за вызов скорой медицинской помощи. Перечень МО, работающих по сверх базовой программе ОМС, **приложение № 26**.

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

5.3. Финансирование МО на обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, осуществляется Территориальным фондом в пределах межбюджетных трансфертов, передаваемых из республиканского бюджета Республики Алтай, путем перечисления средств в СМО. Расходование средств МО осуществляется по полному тарифу.

VI. Заключительные положения

6.1. В соответствии с частью 7 п.12 статьи 34 Федерального закона № 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.

6.2. В соответствии с частями 11 и 12 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ за использование не по целевому назначению страховой медицинской организацией целевых средств СМО 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.

6.3. В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 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.

6.4. 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.

6.5. Нецелевое использование средств ОМС - использование средств обязательного медицинского страхования МО 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.

6.7. 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.

6.8. 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.

6.9. Объемы медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между СМО и между МО на год с ежемесячной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности не реже одного раза в квартал.

6.10. МО после согласования объемов медицинской помощи (плана-задания) составляет план финансово-хозяйственной деятельности.

6.11. МО ежемесячно направляет в СМО по принадлежности застрахованных лиц:

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

6.12. 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.

6.13. 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.

6.14. Персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, ведется в электронном виде медицинскими организациями и СМО, работающими в сфере ОМС, и Территориальным фондом в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.01. 2011 № 29н (далее – Порядок).

6.15. МО представляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предусмотренные подпунктами 1-13 пункта 4 Порядка, в Территориальный фонд в течение 2 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

6.16. Территориальный фонд в течение двух рабочих дней осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, на этапе которой производится:

1) идентификация застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определение СМО, ответственной за оплату счета;

2) выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования;

3) направление в электронном виде результатов в медицинскую организацию, оказавшую медицинскую помощь застрахованным лицам.

6.17. МО по результатам автоматизированной обработки сведений формирует счета на оплату медицинской помощи, реестры счетов и представляет их в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным:

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

6.18. Оплата медицинской помощи производится в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и по установленным способам оплаты и тарифам на дату завершения случая оказания медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи.

6.19. Сроки оплаты счетов предусматриваются договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

6.20. 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.

6.21. После проведения контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в соответствии со статьей 40 Федерального закона № 326-ФЗ сведения, указанные в пункте 4 Порядка, в виде информационных файлов передаются СМО в МО и Территориальный фонд в сроки, предусмотренные договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

6.22. В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования:

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

- МО и СМО ежемесячно проводят сверку расчетов и составляют акт.

5.23. СМО и МО обязаны соблюдать требования ведения раздельного учета по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

6.24. Обобщение сведений о выполнении согласованных объемов медицинской помощи (плана – задания) проводится рабочей группой, созданной при Комиссии. На основании анализа оказанных МО 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.

6.25. Решение Комиссии о скорректированных объемах медицинской помощи доводится Территориальным фондом до МО и СМО.

6.26. При обоснованной экономии средств обязательного медицинского страхования МО может использовать их на статьи затрат, не включенные в состав тарифа. Для этого МО направляет в адрес Комиссии заявку о разрешении использования средств по дополнительным направлениям расходов. На эти цели МО 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 МО вправе изменить структуру затрат в соответствии со штатно-сметной документацией в пределах общей суммы средств, предусмотренных планом - заданием.

6.27. 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.

6.28. При дефиците бюджета Территориального фонда тарифы могут корректироваться в сторону снижения по решению Комиссии.

6.29. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2015 г.

6.30. Настоящее Тарифное 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 Тарифного соглашения с момента их подписания Сторонами.

6.31. В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

6.32. Приложения №1-30 являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения

Представители сторон, участвующие в Тарифном соглашении:

и.д. Министр здравоохранения
Республики Алтай



В.А.Пелеганчук

Директор
ТФОМС Республики Алтай



С.К.Чутпокова

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



А.В.Игашев

Председатель региональной
общественной организации
«Ассоциация врачей Республики Алтай»



Ф.Ф.Федотов

Председатель Алтайской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



Е.Н. Григоренко