

## **Приложение 1**

к решению Комиссии по разработке  
территориальной программы ОМС  
от 20 декабря 2017 года

### **Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Алтай на 2018 год**

г. Горно-Алтайск

20 декабря 2017 г.

#### **I. Общие положения**

1.1. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Алтай на 2018 год (далее – Тарифное соглашение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ), Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02. 2011 № 158н (далее – Правила ОМС), 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 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов на территории Республики Алтай, утвержденной постановлением Правительства Республики Алтай от 22.12.2017 № 344, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом от 21.11.2017 Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – МЗ РФ) № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) № 13572/26-2/и, Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2017 года № 14531/26-2/и) и другими нормативными правовыми актами, регулирующими взаимоотношения участников обязательного медицинского страхования.

1.2. Тарифное соглашение заключили Министерство здравоохранения Республики Алтай, в лице Министра здравоохранения Пелеганчука Владимира Алексеевича, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Алтай (далее – Территориальный фонд), в лице директора Корчугановой Ольги Алексеевны, 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 ООО «РГС-Медицина» в Республике Алтай Иташева Аржана Валерьевича, включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, 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.

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

**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 территориальной программы ОМС способ финансирования медицинской помощи, оказанной МО в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом № 323-ФЗ;

**подушевой норматив финансирования МО** – показатель, отражающий размер средств на осуществление затрат по предоставлению

медицинской помощи за счет средств ОМС в расчете на прикрепленное население;

**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 Блэку);

**случай госпитализации** – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС;

**клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

**клинико-профильная группа заболеваний (КПГ)** - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

**оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ)** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-емкости и поправочных коэффициентов;

**базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и

нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, (далее – Рекомендации по способам оплаты медицинской помощи) (средняя стоимость законченного случая лечения);

**коэффициент относительной затратоемкости** – устанавливаемый Рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

**коэффициент дифференциации** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

**поправочные коэффициенты** – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

**управленческий коэффициент** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

**коэффициент уровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

**коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

**коэффициент сложности лечения пациентов** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

**подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний** – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от

коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп;

**оплата медицинской помощи за услугу** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи.

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 № 323-ФЗ, и (или) клинических рекомендаций.

1.6. При оказании в рамках территориальной программы ОМС первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется бесплатное обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, также предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи.

1.7. Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий 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, определенных 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 единицами объема медицинской помощи являются:

**в амбулаторных условиях:**

1. посещения с профилактическими и иными целями, включающие:

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

- центров здоровья (комплексный медицинский осмотр),

- в связи с диспансеризацией определенных групп населения,

- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в

соответствии с порядками, утвержденными МЗ РФ,

- в связи с патронажем;

- б) посещения с иными целями, в том числе:

- в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов),

- медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

- в) разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования;

2. посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме;

3. обращение по поводу заболевания - законченный случай лечения заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

**в условиях дневных стационаров – случай лечения;**

**в стационарных условиях – случай госпитализации, в том числе:**

медицинская реабилитация в стационарных условиях – койко-день,

высокотехнологичная медицинская помощь – случай госпитализации;

**вне медицинской организации - скорая медицинская помощь – вызов.**

1.10. Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной приказом МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н. МО ведут отдельный учет всех посещений в зависимости от цели. Посещения в течение дня пациентом врача одной и той же специальности считаются одним посещением.

## **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 № 323-ФЗ:

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:**

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

### **2.2.1. Оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)**

В подушевой норматив финансирования не включаются расходы:

- на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами;
- на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- на оплату стоматологической медицинской помощи;
- на оплату услуг магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии.

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является обращение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца. Установление тарифа на проведение диспансерного наблюдения пациента осуществляется исходя из кратности рекомендованных при данной патологии посещений врачей и диагностических исследований, в том числе с применением дистанционных технологий получения информации о функциональных и биохимических показателях состояния пациентов.

Фактический размер финансового обеспечения МО, имеющей прикрепившихся лиц, не может превышать предельный размер финансового обеспечения. При этом выполнение объемов учитывается нарастающим итогом с начала года.

При выполнении МО годовых объемов медицинской помощи, распределенных Комиссией с учетом потребности прикрепленного населения в данной медицинской помощи, предельный и фактический размеры финансового обеспечения МО, имеющей прикрепившихся лиц, равны.

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

### **2.2.2. Оплата за единицу объема медицинской помощи – за**

**медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)**

Оплата за единицу объема используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

Перечень МО, не имеющих прикрепившихся лиц, **приложение №2.**

Оплата стоматологической медицинской помощи – за 1 условную единицу трудоемкости (УЕТ). Оплата стоматологической помощи по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), представлен в **приложении № 3.**

В центрах здоровья единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение с профилактической целью и оплата медицинской помощи осуществляется:

- за 1 комплексный медицинский осмотр (законченный случай) впервые обратившихся граждан в отчетном году. Кратность первичного посещения центра здоровья составляет 1 раз в год;
- за посещение - динамическое наблюдение граждан в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных МО по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется:

- за законченный случай с учетом этапов проведения (комплексное посещение).

1 этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85% от объема исследований 1 этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта. В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации в соответствии с пунктом 15 Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 года № 869н, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных в соответствии с пунктом 15 Порядка

осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85 % и более от объема диспансеризации, 1 этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как законченный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) по установленным тарифам;

Исследования 1 этапа диспансеризации, проводимые с периодичностью 1 раз в 2 года, подлежат оплате за законченный случай.

- за единицу объема (посещение) - 2 этап диспансеризации.

В случае выполнения в рамках 1 этапа диспансеризации менее 85 % от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85 % и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»), такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

2 этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, указанных в пункте 14 Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, необходимость проведения которых определена по результатам 1 и 2 этапов диспансеризации. При определении по результатам 1 этапа диспансеризации показаний к проведению на 2 этапе только углубленного профилактического консультирования 2 этап диспансеризации считается завершенным при его выполнении, при этом осмотр врачом-терапевтом на 2 этапе диспансеризации не проводится.

Оплата за проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения осуществляется за законченный случай. Профилактический медицинский осмотр взрослого населения считается законченным в случае выполнения 100% объема, установленного для данного возраста и пола. 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) профилактический медицинский осмотр считается законченным и оплата осуществляется за законченный случай.

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.

Случай диспансеризации считается законченным при проведении всего перечня осмотров врачами-специалистами, исследований и иных

медицинских мероприятий, определенных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

Оплата профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (далее – профилактические осмотры несовершеннолетних) осуществляется за законченный случай. Профилактические осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

Оплата второго этапа профилактических осмотров несовершеннолетних осуществляется за посещение.

Профилактические осмотры обучающихся в образовательных организациях, реализующих основные общеобразовательные программы среднего профессионального образования, осуществляются в образовательной организации. Эта образовательная организация обязана предоставить безвозмездно медицинской организации помещение, соответствующее условиям и требованиям для оказания указанной помощи.

В случае если в МО отсутствуют специалисты, необходимые для проведения профилактических мероприятий (диспансеризации и профилактических осмотров) в полном объеме, указанная МО заключает договор с иными медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), с оплатой расходов по подстатье 226 «Прочие работы, услуги».

Медицинская помощь, оказанная в приемных отделениях стационаров пациентам, без последующей госпитализации (не подлежащим госпитализации), оплачивается за 1 посещение в приемном отделении. Оказанная медицинская помощь и причины отказа в госпитализации должны быть зафиксированы за подписью врача в медицинской документации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 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 необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа проводится в рамках первичной специализированной и специализированной медицинской помощи в пределах объемов, установленных решением Комиссии. При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу –

одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. При этом в целях учета объемов медицинской помощи необходимо учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников. Тарифы на услуги устанавливаются дифференцированно по методам диализа (гемодиализ, гемодиафильтрация, перитонеальный диализ). Учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий, уровней его оказания.

Оплата отдельных медицинских услуг, проводимых в амбулаторных условиях, осуществляется в пределах объемов, установленных Комиссией, согласно **приложению № 4**.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

**2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара, осуществляется:**

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний (КСГ));

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, **приложение № 5**.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, **приложение № 6**.

**2.3.1. Оплата медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:**

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа) установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- процедур диализа, включающих различные методы (оплата осуществляется за услугу).

При этом стоимость услуги диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. В период лечения как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в том числе в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Алтай, в части средств ОМС, исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);
- направляемые на формирование нормированного страхового запаса Территориального фонда в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

Формирование КСГ в стационарных условиях осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

1) Основные классификационные критерии:

- диагноз (код по МКБ – 10);
- хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), при наличии;

2) Дополнительные классификационные критерии:

- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);
- сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код вторичного

диагноза по МКБ - 10);

- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- возрастная категория пациента;
- пол;
- длительность лечения (длительность пребывания в стационаре);
- оценка состояния пациента по шкалам: Шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), Шкала Реабилитационной Маршрутизации;
- схема лечения;
- длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких.

Общие правила формирования различных КСГ в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном стационаре.

1) Основные классификационные критерии группировки:

- диагноз (код по МКБ–10);
- хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой).

2) Дополнительные классификационные критерии:

- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);
- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- возрастная категория пациента;
- пол;
- оценка состояния пациента (по шкале реабилитационной маршрутизации);
- схема лекарственного лечения.

Расшифровка групп в соответствии с МКБ-10 и Номенклатурой, а также Инструкция по группировке случаев, включающая, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (далее – Инструкция), представленная Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, направлена Территориальным фондом в медицинские организации и страховые медицинские организации в электронном виде, также размещена на официальном сайте Территориального фонда в сети Интернет.

Отнесение случая лечения к КСГ регламентируется таблицей «Группировщик», приложение № 7 и «Группировщик детальный», приложение № 8 (в электронном виде). Схема лекарственной терапии приложение № 8.1. Список КСГ для круглосуточного стационара (КС), в том числе с выделением подгрупп в структуре КСГ – приложение № 9; Список КСГ для дневного стационара (ДС) – приложение № 10.

Кроме того, в разделе «Особенности формирования отдельных КСГ» Инструкции подробно описаны алгоритмы формирования отдельных групп, имеющих определенные особенности, в том числе КСГ № 233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», КСГ акушерско-гинекологического профиля, КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения, КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных опухолей и т. д.

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затроемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ-10.

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции. В ряде случаев, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затроемкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затроемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата может осуществляться по группе, сформированной по диагнозу. Данный подход не применяется для отдельных комбинаций КСГ, в которых отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры (КСГ № 11 - 9; 12 - 9; 11 - 10; 76 - 18; 77 - 18; 173 - 179; 301 - 300; 301 - 207; 245 - 242; 35 - 244; 256 - 271).

**2.3.2. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи** при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения: № 2, 3, 4, 5, 11, 12, 16, 86, 99, 146, 147, 148, 149, 150,

151, 152, 153, 154, 155, 159, 157, 167, 168, 172, 173, 174, 198, 219, 271, 301, 314, 316, 320.

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 35% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-10).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается 90 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 60 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-10).

При переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного стационара (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной МО в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными выше правилами.

При этом, если перевод осуществляется в пределах одной МО, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной МО по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ – 10:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением

(оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: № 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и № 4 «Родоразрешение», а также № 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и № 5 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением).

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

О14.1 Тяжелая преэклампсия;

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и при необходимости экспертиза качества медицинской помощи.

2.3.4. При направлении в МО, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ-10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

2.3.5. Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ.

Медицинская помощь, оказанная детям со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, включается в реестр счетов с указанием полиса ОМС матери или законного представителя и предъявляется в СМО по страховой принадлежности.

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.

2.3.6. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), включенных в базовую программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, в пределах объемов, установленных Комиссией. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему методу.

После оказания в МО, в том числе федеральной МО, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ-10.

Перечень МО, оказывающих ВМП и включенных в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Республики Алтай, **приложение № 11.**

МО, участвующие в реализации территориальной программы ОМС на территории Республики Алтай, но находящиеся в другом субъекте Российской Федерации и оказывающие в том числе ВМП, формируют счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи в соответствии с тарифами, установленными настоящим Тарифным соглашением, и предъявляют в СМО по принадлежности застрахованных лиц.

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 КСГ.

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских

организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ 325 – 333 в стационарных условиях и для КСГ №№ 123 – 128 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 4 – 5 - 6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ. При оценке 2 - 3 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. Градация оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушением слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

2.3.8. Учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым в сочетании с оплатой основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо. При проведении процедур диализа, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. В период лечения как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

2.3.9. 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. Оплата стоматологической медицинской помощи, оказанной стационарным пациентам, осуществляется по тарифу за УЕТ дополнительно к оплате по КСГ.

2.3.10. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в МО в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология»

2.3.11. Оплата экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) осуществляется в зависимости от этапов проведения ЭКО и с учетом соответствующего КСЛП (дневной стационар).

В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Инсеминация ооцитов и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно

осуществление криоконсервации полученных на 3 этапе эмбрионов.

В случае проведения всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО и криоконсервации эмбрионов без последующего переноса эмбрионов (4-го этапа), оплата случая осуществляется по КСГ № 5 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

В случае, если базовая программа ЭКО была завершена по итогам 1-го этапа (стимуляция суперовуляции), к КСГ № 5 применяется КСЛП в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла ЭКО и криоконсервации эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ № 5 с применением КСЛП в размере 0,19.

Отбор и направление пациентов для проведения процедуры ЭКО осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Алтай. Диагностические услуги, предусмотренные стандартом медицинской помощи при бесплодии с

использованием вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденного приказом Минздрава России от 30.10.2012 № 556н, входят в тариф законченного случая ЭКО и дополнительно к оплате не предъявляются.

**2.4. Оплата скорой медицинской помощи,** оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (межтерриториальные расчеты).

При осуществлении дифференциации подушевого норматива основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения, в соответствии с которыми определяются половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи.

Перечень МО (структурных подразделений МО), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, **приложение № 12.**

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий, по договорам возмездного оказания медицинских услуг, заключаемых между организаторами данных мероприятий и медицинскими организациями.

### **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 ОМС и Рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи.

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляются в соответствии с Номенклатурой.

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

**3.2.1.** Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, и составляет **6488 рублей.**

3.2.2. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены в **приложении № 13**.

3.2.3. Интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, **приложение № 14**.

3.2.4. Тариф УЕТ по стоматологической медицинской помощи, **приложение № 15**.

3.2.5. Тариф обращения по поводу заболевания (законченного случая), **приложение № 16**.

3.2.6. Тариф разового посещения по поводу заболевания, **приложение № 16**.

3.2.7. Тарифы посещения с профилактической целью (в связи с патронажем), с иными целями (в связи с другими обстоятельствами; посещения среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием); посещения в приемном отделении без последующей госпитализации, **приложение № 16**.

3.2.8. Тариф посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме, **приложение № 16**.

3.2.9. Тариф посещения при экстренной иммунопрофилактике после укуса клеща (МТР), **приложение № 17**.

3.2.10. Тарифы на оплату отдельных медицинских услуг, проводимых в амбулаторных условиях, **приложение № 18**.

3.2.11. Тарифы при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения:

- тариф законченного случая (с учетом пола и возраста) для 1 этапа диспансеризации, **приложение № 19**;

- по тарифу посещения с профилактической целью - 2 этап диспансеризации;

3.2.12. Тарифы при проведении 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:

- тариф законченного случая для 1 этапа диспансеризации, **приложение № 20**;

- по тарифу посещения с профилактической целью - 2 этап диспансеризации;

3.2.13. Тарифы на профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (1 этап в разрезе возрастных периодов), **приложение № 20**:

2 этап профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних оплачивается по тарифу посещения с профилактической целью;

3.2.14. Тарифы посещений центров здоровья, **приложение № 21** :

- тариф за 1 первичное посещение (комплексный медицинский осмотр

- законченный случай) обратившихся в центр здоровья для взрослых;
- тариф за 1 первичное посещение (комплексный медицинский осмотр - законченный случай) обратившихся в центр здоровья для детей;
- тариф посещения с профилактической и иными целями – динамическое наблюдение в центре здоровья.

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

3.3.1. 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:

**уровень 1** – МО, \* - 2,4 районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями; \*\* - 2,2 районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями; \*\*\* – 1,4 районный коэффициент к заработной плате МО, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению в пределах муниципального образования:

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

**уровень 2** - МО, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

**уровень 3** - МО, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

**подуровень 3.1** – МО, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, участвующие в реализации территориальной программы ОМС.

3.3.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, и составляет 8440,13 рублей.

3.3.3. Расчет стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – **27767,16 рублей**;

2. Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ ксг/кпг), к которой отнесен данный случай госпитализации (установлен на федеральном уровне, приложение № 1 к Рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи).

3. Коэффициент дифференциации (КД) (рассчитан в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»). Установлены коэффициенты дифференциации (районные коэффициенты к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями) для: БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница» – 2,4; БУЗ РА «Улаганская районная больница» и БУЗ РА «Акташская больница» - 2,2; остальных МО - 1,4;

4. Поправочные коэффициенты:

а) управленческий коэффициент (КУ ксг/кпг);

б) коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС мо):

уровень 1 – 0,95; уровень 2 – 1,1; уровень 3 – 1,3; подуровень 3.1 – 1,4.

с) коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП). Перечень случаев, для которых установлен КСЛП, **приложение № 22**.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное суммарное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения. Сверхдлительные сроки госпитализации должны быть обусловлены медицинскими показаниями. К сверхдлительным срокам госпитализаций относятся случаи лечения длительностью свыше 30 дней, за исключением ряда КСГ, для которых сверхдлительными являются сроки пребывания более 45 дней:

| № КСГ | Наименование КСГ                                         |
|-------|----------------------------------------------------------|
| 45    | Детская хирургия (уровень 1)                             |
| 46    | Детская хирургия (уровень 2)                             |
| 108   | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |

|     |                                                                                                                       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 109 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |
| 161 | Лучевая терапия (уровень 2)                                                                                           |
| 162 | Лучевая терапия (уровень 3)                                                                                           |
| 233 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)                                                                |
| 279 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)                                                                 |
| 280 | Панкреатит, хирургическое лечение                                                                                     |
| 298 | Ожоги (уровень 5)                                                                                                     |

3.3.5. Тарифы законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ, **приложение № 23.**

3.3.6. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС (для МО, оказывающих ВМП), **приложение № 24;**

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

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, и составляет **1452,4 рублей.**

3.4.2. Расчет стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – **17243,71 рублей;**

2. Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ ксг/кпг установлен на федеральном уровне, приложение № 2 к Рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи);

3. Коэффициент дифференциации (КД). Установлены коэффициенты дифференциации, 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: БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница» – 2,4; БУЗ РА «Улаганская районная больница» и БУЗ РА «Акташская больница» - 2,2; остальные МО - 1,4;

4. Поправочные коэффициенты:

а) управленческий коэффициент (КУ ксг/кпг);

б) коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС мо):

уровень 1 – 0,95;

уровень 2 – 1,1;

уровень 3 – 1,3

подуровень 3.1 – 1,4.

3.4.3. Тарифы законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ, в дневном стационаре:

- при больничном учреждении, **приложение № 25;**
- при поликлинике, в том числе на дому, **приложение № 26.**

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

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, и составляет **958,16 рублей.**

3.5.2. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, **приложение № 27.**

3.5.3. Интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, **приложение № 28.**

3.5.4. Тарифы за вызов скорой медицинской помощи и для осуществления межтерриториальных расчетов, не имеющих прикрепившихся лиц, а также в случае проведения тромболизиса, **приложение № 29.**

**3.6. Межучрежденческие расчеты за проведенные лабораторные услуги**

Стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая заболевания, включенного в КСГ.

В случае если в МО отсутствует возможность проведения необходимых лабораторных исследований, указанная МО заключает договор с иными медицинскими организациями. Межучрежденческие расчеты осуществляются медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями. МО, выполнившая лабораторные исследования, составляет реестр счетов по установленным тарифам на каждое выполненное лабораторное исследование с указанием информации о МО, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату лабораторных услуг на основании представленных реестров счетов и счетов МО, участвующим в реализации территориальной программы ОМС. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для МО, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, перечисленных МО, выполнившей лабораторные исследования по направлениям, выданным данной МО.

**3.7. Структура тарифа**

3.7.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы

ОМС включает в себя:

расходы на заработную плату, в том числе выплаты стимулирующего характера, 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), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих 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.

3.7.2. 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.

3.7.3. Финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов патологоанатомическими отделениями медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.7.4. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая 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) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации; врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы

медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения Республики Алтай.

Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги), определяется исходя из количества по штатному расписанию, утвержденному руководителем МО, с учетом действующей системы оплаты труда.

3.7.5. 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.

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

3.9.7. 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.

3.10.8. В состав тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах при поликлинике, в том числе на дому, не включаются расходы на продукты питания.

3.11.9. Доля (структура) расходования средств в процентах (в том числе минимальные и (или) максимальные значения) по направлениям расходования средств, в части базовой программы ОМС, **приложение № 30.**

3.12.10. Доля (структура) расходования средств в процентах (в том числе минимальные и (или) максимальные значения) по направлениям расходования средств при оказании ВМП, в части базовой программы ОМС, **приложение № 31.**

#### **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» (далее – Порядок организации и проведения контроля).

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) (далее – Перечень оснований), **приложение № 32.**

4.4. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона № 326-ФЗ удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и Порядком организации и проведения контроля.

4.5. Общий размер санкций (С), применяемых к МО, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где:

Н – размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи;

Сшт – размер штрафа, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4.6. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT * K_{\text{но}},$$

где:

РТ – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем оснований, предусмотренным в Порядке организации и проведения контроля:

| Размер Кно | Код дефекта согласно Перечню оснований |
|------------|----------------------------------------|
| 0,1        | 3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3                   |

|     |                                           |
|-----|-------------------------------------------|
| 0,3 | 3.2.2; 3.12; 3.13                         |
| 0,4 | 3.2.3; 3.3.2                              |
| 0,5 | 1.5; 3.4; 3.5                             |
| 0,6 | 3.8                                       |
| 0,7 | 3.7                                       |
| 0,8 | 3.6                                       |
| 0,9 | 3.2.4; 3.14; 4.4                          |
| 1,0 | 1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5 |

4.7. Размер штрафа, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$\text{Сшт} = \text{РП} * \text{Кшт},$$

где:

РП – размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

Кшт – коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

| Размер Кшт | Код дефекта согласно Перечню оснований                                                  |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 0,3        | 1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13                                                          |
| 0,5        | 1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6 |
| 1,0        | 1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.14; 4.6                                 |
| 3,0        | 1.2.2; 1.3.2; 3.2.5                                                                     |

4.8. 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.

4.9. При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи к МО применяется одно – наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится.

## V. Заключительные положения

5.1. 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.

5.2. 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 в течение 10 рабочих дней со дня предъявления требования Территориальным фондом.

5.3. 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, МО 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, МО возвращает в бюджет Территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления Территориальным фондом соответствующего требования.

5.4. При невозможности возврата (возмещения) средств, использованных не по целевому назначению, в установленный срок, МО 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.

5.5. Нецелевое использование средств ОМС - использование средств обязательного медицинского страхования МО на финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

5.7. 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 и клиническим рекомендациям, 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;

- не соблюдение утвержденных финансовых нормативов.

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

- договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенного между Территориальным фондом и СМО;

- договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенных СМО с МО, осуществляющей деятельность в сфере ОМС.

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

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

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

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

5.11. 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.

5.12. 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.

5.13. 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 Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Порядок).

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

1) идентификация застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определение СМО, ответственную 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 МО, оказавшую медицинскую помощь застрахованным лицам.

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.

5.14. 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.

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

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

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.

5.15. В соответствии с Правилами ОМС:

- 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.

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

5.16. 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 по необходимости не реже 1 раза в месяц представляет Комиссии обоснованные предложения о корректировке плана – задания по каждой медицинской организации и СМО. Решение Комиссии о скорректированных объемах медицинской помощи доводится Территориальным фондом до МО и СМО.

5.17. Индексация тарифов производится:

- при изменении условий оплаты труда работников МО, утвержденных в установленном порядке нормативными правовыми актами Российской Федерации, Республики Алтай;

- при профиците бюджета Территориального фонда.

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

5.18. Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01. 2018 года.

5.19. 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 Тарифного соглашения с момента их подписания Сторонами.

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

5.20. **Приложения № 1- 33** являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

**Представители сторон, участвующие в Тарифном соглашении:**

Министр здравоохранения  
Республики Алтай

В.А. Пелеганчук

Директор  
ТФОМС Республики Алтай

О.А. Корчуганова



Представитель от СМО –  
директор Филиала ООО  
«Росгосстрах - Медицина»  
в Республике Алтай



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