

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме  
территориальной программы обязательного медицинского страхования  
Карачаево-Черкесской Республики на 2017 год

Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики в лице Министра здравоохранения К.А. Шаманова, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики в лице директора А.С. Джанкезова, филиал Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в г. Черкесске в лице директора Б. Х-А. Гочияева, Карачаево-Черкесская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице председателя А.М. Тебуева, Некоммерческое партнерство «Медицинская палата КЧР» в лице председателя З. Д. Хунова, Медицинские организации в лице главного врача МБУЗ «Черкесская городская поликлиника» Г.А. Шенкао, в соответствии с протоколом Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике от 29.12.2016г. № 20, заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики на 2017 год о нижеследующем:

**I. Общие положения**

**Статья 1. Предмет тарифного соглашения**

1. Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС (далее – тариф) на территории Карачаево-Черкесской Республики.

2. Настоящее тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (далее соответственно – СМО, МО), возникающие при формировании тарифов и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

3. Настоящее тарифное соглашение устанавливает общие принципы и порядок формирования тарифов, формирование затрат в тарифах, порядок и условия применения тарифов, в том числе порядок урегулирования разногласий, возникающих при формировании и применении тарифов, общие требования к формированию информации об оказанной медицинской помощи и тарифы на соответствующий финансовый год.

4. Настоящее тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Карачаево-Черкесской Республики лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации лицам, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

## Статья 2. Основания заключения тарифного соглашения

Настоящее тарифное соглашение разработано в соответствии с:

1. Федеральным законом от 21.11.11 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральным законом от 29.11.10 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.16 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017год и на плановый период 2018-2019 годов» (далее –ПГГ РФ);
4. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.11 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);
5. Письмом Министерства здравоохранения РФ и ФФОМС от 22.12.16 №11-8/10/2-8266, №12578/26/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» с дополнениями (далее – Методические рекомендации по способам оплаты);
6. Письмом Министерства здравоохранения РФ от 23.12.16 №11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019годов» (далее – Экономическое обоснование ТПГГ);
7. Постановлением Правительства Карачаево-Черкесской Республики (далее – КЧР) от 28.12.16г. № 354 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 и на плановый период 2018 и 2019 годов в Карачаево-Черкесской Республике» (далее - ТПГГ КЧР);
8. Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (Перечень ЖНиВЛП), устанавливаемым в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;
9. Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230.

## Статья 3. Основные термины, понятия и сокращения, используемые в тарифном соглашении.

1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования – (далее -ТП ОМС) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской

помощи на территории субъекта РФ и соответствующая единым требованиям базовой программы ОМС;

2. Способ оплаты медицинской помощи – способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленный Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст.32. п.3) и ТППГ КЧР;

3.Тариф на оплату медицинской помощи – сумма возмещения расходов медицинских организаций на единицу объема медицинской помощи в рублях с двумя знаками после запятой;

4. Подушевой норматив финансирования – годовой объем финансовых средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

5. Медицинская организация – юридическое лицо (филиал), независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ, и включенное в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

6. Страховая медицинская организация– страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности, и включенная в реестр СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

7. Прикрепленные лица - застрахованные лица, принятые на медицинское обслуживание в выбранную в установленном порядке медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи;

8. Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

9. Медицинская помощь – комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, санитарно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и др.), направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья;

10. 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);

11. Клинико-профильная группа (КПГ) – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

12. Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноемкости и поправочных коэффициентов;

13. Базовая ставка (БС) – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансо

вых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТППГ КЧР, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим тарифным соглашением (средняя стоимость законченного случая лечения);

14. Коэффициент относительной затратоемкости (кзатр) – коэффициент затратоемкости КСГ или КПГ, отражающий отношение ее затратоемкости к БС;

15. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (к<sub>у</sub>) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

16. Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - (к<sub>подур</sub>) устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов МО, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, среднего радиуса территории обслуживания, количества ФАП, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожной картой" развития здравоохранения КЧР, рассчитанных в соответствии с установленными правилами;

17. Управленческий коэффициент (Ук) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и/или учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

18. Коэффициент сложности лечения пациента (к<sub>слп</sub>) - 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;

19. Коэффициент дифференциации подушевого норматива (далее – КфПД) – коэффициент, которым учитываются затраты на содержание отдельных подразделений или выполнение отдельных функций при оказании первичной медико-санитарной помощи;

20. Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

21. Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС;

22. Законченный случай оказания медицинской помощи – оказанный при наступлении страхового случая объем медицинской помощи, ограниченный временным интервалом, в результате которого достигнут клинический результат обращения застрахованного лица в медицинскую организацию;

23. Сверхкороткий случай оказания медицинской помощи – медицинская помощь, оказанная пациенту в зависимости от его состояния по основному и сопутствующему заболеванию в необходимом для достижения клинического ре-

зультата объеме в течение сверхкороткого (до трех дней включительно) пребывания пациента в стационаре или дневном стационаре;

24. Прерванный случай оказания медицинской помощи – медицинская помощь, оказание которой было прервано до достижения клинического результата лечения в связи переводом пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выпиской 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;

25. Посещение – это контакт пациента с врачом, медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием в амбулаторно-поликлинической организации (подразделении), с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (постановка диагноза, назначение лечения, записи динамического наблюдения и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

К посещениям относятся случаи обращения застрахованных лиц в МО, не связанные с возникновением внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний или иных патологий, в том числе:

- а) посещения с профилактической целью:
- центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
  - в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
  - в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения 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 заболеванием.

26. Посещение при оказании неотложной помощи – случай оказания медицинской помощи в неотложной форме больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе на дому и в амбулаторных условиях персоналом больничных подразделений и подразделений скорой медицинской помощи, а также оказанный в приемном отделении, в том числе с использованием параклинических методов исследования, не завершившегося госпитализацией застрахованного лица в данную медицинскую организацию;

27. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания;

28. Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание стоматоло-

гической медицинской помощи (на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме) и необходимый для лечения среднего кариеса при наложении одной пломбы;

29. Высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

30. Вызов скорой медицинской помощи – случай обращения в медицинскую организацию (отделение) скорой медицинской помощи по поводу заболевания, несчастного случая, травмы, отравления или другого состояния, представляющего угрозу жизни пациента, требующего срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации, в результате которого пациенту была оказана скорая медицинская помощь выездной бригадой скорой медицинской помощи.

#### Статья 4. Общие принципы и порядок формирования тарифов.

1. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи по ОМС и компенсируемых средствами ОМС расходов по предоставлению застрахованным лицам медицинской помощи по ОМС осуществляется в пределах финансовых средств, предусмотренных в бюджете территориального фонда ОМС на соответствующий финансовый год.

2. Формирование тарифов осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и с учетом нижеследующего: способы оплаты медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, устанавливаются ТППГ КЧР; тарифы формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения и включают в себя виды затрат (расходов), компенсируемых средствами ОМС согласно ТП ОМС (включенных в структуру тарифов).

3. Тарифы рассчитываются Комиссией в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной Правилами ОМС.

4. Тарифы КСГ и КПП рассчитываются согласно рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

#### Статья 5. Общие принципы оплаты медицинской помощи.

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС на территории Карачаево-Черкесской Республики, осуществляется в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами, регу

лирующими порядок оплаты медицинской помощи из средств ОМС, настоящим тарифным соглашением, иными утвержденными в установленном порядке нормативными правовыми актами, регуливающими правоотношения в сфере ОМС, а также в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенных по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории Карачаево-Черкесской Республики, производится по тарифам, установленным настоящим тарифным соглашением, в пределах плановых объемов медицинской помощи в расчете на квартал.

3. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим скорую и амбулаторно-поликлиническую помощь, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи в пределах нормативов ТП ОМС.

4. Для обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в объеме ТП ОМС МО самостоятельно регулируют выполнение плановых объемов медицинской помощи, в том числе способом установления очередности оказания плановой медицинской помощи с соблюдением условий предоставления бесплатного оказания медицинской помощи, установленных базовой программой ОМС.

5. Оплата медицинской помощи производится на основании предъявленных МО счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, сформированных в соответствии с установленными требованиями:

6. Оплата медицинской помощи, оказанной в МО Карачаево-Черкесской Республики лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по видам, условиям и формам, включенным в базовую программу ОМС, по способам, тарифам, действующим на территории Карачаево-Черкесской Республики.

Статья 6. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, порядок информационного взаимодействия.

1. Порядок персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, установлен приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

2. Регламент информационного взаимодействия участников при расчетах за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам на территории Карачаево-Черкесской Республики, Регламент медико-экономического контроля реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, оказанной застрахованным лицам на территории Карачаево-Черкесской Республики, Регламент организации информационных систем участников ОМС на территории Карачаево-Черкесской Республики утверждаются территориальным фондом ОМС в соответствии с действующим законодательством, Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 (далее – Общие принципы), Территориальной программой, рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также практикой применения вышеуказанных нормативных актов.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, содержащий сведения, установленные Федеральным законом, Общими принципами и Регламентом Регламент информационного взаимодействия участников при расчетах за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам на территории Карачаево-Черкесской Республики, формируется и предоставляетсяплательщику на бумажном носителе и в виде электронного файла. Формат электронного файла реестра счетов на оплату медицинской помощи по ОМС определяется фондом в соответствии с Общими принципами, а также практикой их применения.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС включает информацию о регистрации госпитализации пациентов в едином информационном ресурсе, предназначенном для информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им специализированной медицинской помощи.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС включает информацию о всех, оказанных застрахованному лицу медицинских услугах, согласно настоящему тарифному соглашению.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС на бумажном носителе должен быть прошит, пронумерован и скреплен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и с приложением оттиска печати медицинской организации.

## II. Способы оплаты медицинской помощи.

### Статья 7. Правила применения способов оплаты медицинской помощи и тарифов.

1. При оплате медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях установлены следующие способы оплаты:



- 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).

По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц производится оплата обращений, разовых посещений в связи с заболеванием и посещений с иными целями, оказываемые врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики, медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием лицам, прикрепившимся к медицинской организации для обслуживания в установленном порядке на основании данных Регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на первое число отчетного квартала.

Финансирование МО по подушевому принципу осуществляется СМО ежемесячно, с учетом выполнения плана посещений и обращений в пределах, установленных на квартал и «коридора риска».

«Коридор риска» - это допустимый размер отклонения фактически выполненных объемов медицинской помощи, оказанной врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики, медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием, от плановых (в случае невыполнения), в пределах которого к расчетам принимается полная сумма месячного размера подушевого финансирования МО, составляет 20%. При фактическом выполнении плана посещений меньше утвержденного с учетом «коридора риска» размер средств подушевого финансирования корректируется СМО на процент невыполнения.

-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 Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

Оплата за медицинскую услугу производится:

1. При проведении гемодиализа в амбулаторных условиях, при этом обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Для учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца принимается за одно обращение (в среднем 12 процедур);

2. При проведении диализа в стационаре - одну процедуру с применением различных методов диализа.

При этом, стоимость услуги диализа с учетом их фактического выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ (КПГ) в рамках одного случая лечения;

3. При проведении лабораторных исследований (АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр»);

4. При проведении исследований компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в амбулаторных условиях.

Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в системе ОМС установлены в приложении 15 настоящего тарифного соглашения.

Оплата стоматологической помощи осуществляется за посещение и обращение, кроме стоматологических учреждений, имеющих статус юридического лица, в которых единицей оплаты стоматологической медицинской помощи является условная единица трудоемкости (далее – УЕТ).

Законченный случай (посещения, обращения) оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость оказанных стоматологических лечебно-диагностических услуг врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения.

Стоматологическая лечебно-диагностическая услуга предъявляется к оплате в случае, если соответствующая медицинская услуга не является составляющей частью оказанной пациенту комплексной медицинской услуги – приема (осмотра, консультации) врача-стоматолога или зубного врача.

Для учета объема стоматологических обращений вводится условное понятие «стоматологическое посещение с лечебной целью». Количество стоматологических обращений равно количеству «стоматологических посещений с лечебной целью», деленному на коэффициент 2,9.

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта при одном посещении.

Учет посещений осуществляется на основе учетной формы №025-1/у «Талон пациента, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) установлен в приложении 20 настоящего тарифного соглашения.

Перечень медицинских изделий, необходимый для оказания стоматологической помощи по ОМС установлен в приложении 21 настоящего тарифного соглашения.

Два и более посещения в один день к врачу (специалисту со средним медицинским образованием, ведущему самостоятельный прием) одной специальности (профиля) в одной медицинской организации предъявляются к оплате как одно посещение, кроме повторных посещений для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.

Оплате не подлежат приемы и консультации врачей поликлиник (в т. ч. стоматологов и зубных врачей) больных, находящихся на лечении в стационарных условиях.

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в месяц составляет 39,99 руб.

К базовому подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, применяется коэффициент дифференциации подушевого норматива (КфПД), который установлен в приложении 5 к настоящему тарифному соглашению.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, включаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2. При оплате медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной), оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи.

В круглосуточном стационаре день поступления и день выписки засчитывается за один день, и оплачивается по тарифам, действующим на момент выписки больного.

В дневных стационарах всех типов первым днем считается день начала оказания медицинской помощи, последним – день окончания ее оказания. В реестр счета на оплату медицинской помощи включаются все дни лечения пациента в условиях дневного стационара, включая выходные дни от поступления пациента в дневной стационар до его выписки.

При переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, оплата медицинской помощи проводится за прерванный случай оказания медицинской помощи.

При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости для данной КСГ.

Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости для данной КСГ.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, кроме случаев КСГ, перечисленных ниже, оплата по которым осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения.

Код КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
C2.2	Осложнения, связанные с беременностью
C2.3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
C2.4	Родоразрешение
C2.5	Кесарево сечение
C2.11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
C2.12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
C3.16	Ангиневрологический отек, анафилактический шок
C15.84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина

C16.97	Сотрясение головного мозга
C19.146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
C20.154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
C20.155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
C20.159	Замена речевого процессора
C21.160	Операции на органе зрения (уровень 1)
C21.161	Операции на органе зрения (уровень 2)
C25.185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
C27.206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
C31.258	Доброкачественные новообразования, новообразования <i>insitu</i> кожи, жировой ткани
C34.287	Операции на органах полости рта (уровень 1)
C36.300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
C36.302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
C36.306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

При переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного стационара, 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. При этом, если перевод производится 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.

Обоснованность перевода пациента из отделения в отделение МО, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи.

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: «Осложнения, связанные с беременностью» и «Родоразрешение», а также «Осложнения, связанные с беременностью» и «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания

ния 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:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

По каждому указанному случаю проводится медико-экономическая экспертиза и при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Отнесения 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 ППГ РФ.

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по тарифу соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации взрослого пациента в стационарных условиях служит оценка состояния пациента по «Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)» при ее значении 3-4-5.

Критерием для определения обоснованности реабилитации ребенка с двигательными нарушениями в стационарных условиях служит оценка дефицита двигательных возможностей по шкале глобальных моторных функций GMFCS (Grossmotorfunctionclassificationsystem) при ее значении 3-4-5.

Критерием для определения обоснованности реабилитации ребенка с другими заболеваниями в стационарных условиях служит оценка степени тяжести заболевания при ее определении как средней или тяжелой.

К группам заболеваний, имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения на различных уровнях оказания помощи, по перечню, указанному ниже не применяются поправочные коэффициенты (кподур, Ук, кслп):

Код КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
С4.17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
С6.29	Легкие дерматозы

C15.84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
C16.95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
C20.159	Замена речевого процессора
C27.195	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и 12-перстной кишки
C27.197	Болезни желчного пузыря
C27.199	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
C27.200	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
C27.204	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
C30.230	Болезни предстательной железы
C31.243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
C31.253	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
C31.259	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
C32.271	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
C32.272	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
C32.273	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
C32.274	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
C32.275	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
C36.300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
C36.302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
C36.306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента (кслп), которые отражаются в реестрах счетов. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

Код КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
C10.44	Детская хирургия, уровень 1
C10.45	Детская хирургия, уровень 2

С17.106	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
С17.107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
С19.148	Лучевая терапия (уровень 2)
С19.149	Лучевая терапия (уровень 3)
С29.220	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
С32.266	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
С32.267	Панкреатит, хирургическое лечение
С33.285	Ожоги (уровень 5)

Значение кслп определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлительного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

$$k = 1 + \frac{\Phi kД - НкД}{НкД} \times k_{ол}, \text{ где}$$

$k$  – коэффициент сложности лечения пациента (кслп);

$k_{дл}$  – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов, равен 0,25 для обычных отделений, 0,4 – для реанимационных отделений;

$\Phi kД$  – фактическое количество койко-дней;

$НкД$  – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней).

Значение кслп, исходя из длительности госпитализации, предельными размерами не ограничивается.

Кслп также применяется в следующих случаях:

№	Случаи, для которых установлен кслп	Значения
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года), кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология»	1,3
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,1
3	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4)	1,1

При экстренной госпитализации детей в реанимационное отделение РГБЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», при отсутствии профильного отделения, применяется тариф КСГ «Прочее» с кслп в размере 1,2.

Кслп применяется при наличии достаточных оснований и объективных причин увеличения стоимости оказанной пациенту специализированной медицинской помощи и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛП сумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$k_{СЛП\text{сумм}} = k_{СЛП1} + (k_{СЛП2} - 1)$$

При этом суммарное значение  $k_{СЛП}$  при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверх длительной госпитализации.

Расходы на медицинскую помощь, оказываемую в реанимационных отделениях МО (палатах интенсивной терапии), входят в общий объем предоставляемой помощи, которая компенсируется по тарифу соответствующей КСГ (КПГ).

Обоснованность применения  $k_{СЛП}$  подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи.

При предъявлении к оплате высокотехнологичной медицинской помощи проводится экспертиза качества медицинской помощи в 100% случаев.

3. При оплате 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) установлены следующие способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в месяц составляет 5,11 руб., который установлен в приложении 5 к настоящему тарифному соглашению.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи включаются все единицы объема оказанной медицинской скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

Безрезультативные выезды скорой медицинской помощи не подлежат оплате за счет средств ОМС.

### III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

#### Статья 8. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты и составляет:

руб.

Условия оказания медицинской помощи	Средний размер финансового обеспечения
в амбулаторных условиях	3117,73



в стационарных условиях	3610,10
в условиях дневного стационара	533,10
скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации	410,76

Статья 9. Расходы, включенные в структуру тарифов.

Расходы, включенные в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС определяются Федеральным законом от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на текущий год и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Карачаево-Черкесской Республики и представлены в таблице:

Статья КОС-ГУ	Подстатья КОС-ГУ	Вид расходов медицинских организаций
1	2	3
210 «оплата труда и начисления выплаты по оплате труда»	211 «заработная плата»	Расходы по оплате труда работников МО, участвующих в выполнении территориальной программы ОМС.
	212 «прочие выплаты»	Расходы МО на дополнительные выплаты и компенсации, обусловленные условиями трудовых отношений с работниками, участвующими в выполнении территориальной программы ОМС, в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления
	213 «начисления на выплаты по оплате труда»	Расходы по уплате МО страховых взносов в соответствии с Законом РФ от 21.03.1991 № 943-1 (ред. от 03.07. 2016) «О налоговых органах Российской Федерации».
	221 «услуги связи»	Расходы МО по оплате услуг связи, необходимых для выполнения территориальной программы ОМС: по договорам на оказание услуг связи в целях обеспечения собственных нужд МО;

220 «оплата работ, услуг»	222 «транспортные услуги»	Расходы на приобретение транспортных услуг, необходимых МО для выполнения территориальной программы ОМС, в том числе по найму транспортных средств, пассажирских и грузовых перевозок, иных транспортных расходов, связанных с перемещением работников и перевозкой имущества, оплату проезда по служебным командировкам.
	223 «коммунальные услуги»	Расходы МО на приобретение коммунальных услуг, необходимых МО для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание коммунальных услуг в целях обеспечения собственных нужд МО.
	224 «арендная плата за пользование имуществом»	Расходы МО по оплате арендной платы в соответствии с заключенными договорами аренды, необходимых МО для выполнения территориальной программы ОМС.
	225 «работы, услуги по содержанию имущества»	Расходы МО на оплату работ, услуг, необходимых МО для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание услуг, связанных с содержанием, обслуживанием, ремонтом нефинансовых активов, находящихся в собственности, оперативном управлении или аренде МО, в целях обеспечения собственных нужд МО, основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу). В состав расходов не включаются: расходы на новое строительство, реконструкцию, капитальный ремонт зданий и сооружений.
	226 «прочие работы, услуги»	Расходы МО по проведению лабораторных, инструментальных и диагностических исследований, производимых в других медицинских организациях (при отсутствии или временном закрытии) своей лаборатории и диагностического оборудования, необходимых для выполнения территориальной программы ОМС на оплату обеспечения застрахованных лиц необходимым лечебным питанием при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в рамках территориальной программы ОМС (при отсутствии в медицинских организациях или временном закрытии своего пищеблока), услуги по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специа-

	<p>листов, на оплату программного обеспечения; приобретение бланков строгой отчетности; пусконаладочные работы по комплексному опробованию и наладке основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу); монтажные работы основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу); по договорам на оказание услуг, не отнесенных на подстатьи 221-225 в целях обеспечения собственных нужд МО для выполнения территориальной программы ОМС в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления.</p>
290 «прочие расходы»	<p>Расходы МО на уплату налогов и сборов в бюджеты всех уровней Российской Федерации; Расходы МО на уплату государственных пошлин и сборов в случаях, установленных законодательством Российской Федерации; расходы по уплате штрафов и пени МО, расходы на оплату иных расходов, отнесенных к статье 290 «прочие расходы» в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления.</p>
310 «увеличение стоимости основных средств»	<p>Расходы МО на приобретение необходимых для выполнения территориальной программы ОМС основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до ста тысяч рублей за единицу).</p>
340 «увеличение стоимости материальных запасов»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с Перечнем ЖНиВЛП</li> <li>- приобретение перевязочных средств, в соответствии с рекомендованными нормативами потребления, утвержденными приказом Министерства здравоохранения СССР от 28.08.1985 №1145 «Об утверждении Временных нормативов потребления перевязочных средств для лечебно-профилактических и аптечных учреждений», стандартами оснащения, входящими в порядки оказания медицинской помощи;</li> <li>- приобретение медицинского инструментария, относящегося к подклассу 94 3000 «Инструменты ме-</li> </ul>

дицинские» Общероссийского классификатора продукции ОК 005 - 93 (утв. Постановлением Госстандарта России от 30.12.1993 N 301), в том числе металлоконструкции для травматологических и ортопедических операций, протезы и эндопротезы (за исключением стоматологических протезов, протезов и эндопротезов, приобретение которых обеспечивается средствами соответствующих бюджетов в соответствии с законодательством), стабилизирующие системы, устройства для репозиции и фиксации, устройства для установки имплантата, приобретение медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, в том числе в офтальмологии и других медицинских изделий и расходных материалов разового использования при оказании медицинских услуг;

- приобретение мягкого инвентаря для пациентов и медицинского персонала МО, используемого при оказании медицинской помощи, и предназначенного для соблюдения санитарных норм в соответствии с табелем оснащения и нормами бесплатной выдачи санитарной одежды (с учетом приказов Министерства здравоохранения СССР от 29.01.1988 № 65, от 15.09.1988 № 710);

- приобретение продуктов питания для обеспечения питанием пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе специализированных продуктов детского питания (молочных смесей) детям первых двух лет жизни, находящимся на прикорме и искусственном вскармливании, специализированных продуктов лечебного питания, а также для обеспечения выдачи молока работникам МО, занятым на работах с вредными условиями труда.

Расходы на приобретение лекарственных препаратов, не включенных в Перечень ЖНиВЛС для медицинского применения, или в разработанные МО формуляры, производятся при оказании медицинских услуг пациентам в соответствии с решением врачебной комиссии МО, оформленным соответствующим протоколом, а при экстренных и неотложных состояниях – в соответствии с решением заместителя главного врача по лечебной работе, зафиксированным в медицинской документации.

Расходы на заработную плату производятся исходя из размеров и условий оплаты труда, предусмотренные системой оплаты труда работников учреждений здравоохранения КЧР, установленной в соответствии с постановлением Правительства КЧР от 21.12.15 № 367 «О введении новой системы оплаты труда работников учреждений здравоохранения».

Дополнительные выплаты к заработной плате административно-хозяйственного и иного персонала, не предусмотренные системой оплаты труда, не включаются в состав расходов заработной платы.

За счет средств ОМС производятся выплаты компенсационного и стимулирующего характера для достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных Указом Президента РФ от 07.05.12 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

В части выплат стимулирующего характера включены расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами, работающими с указанными врачами, медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами медицинских организаций скорой медицинской помощи и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях) – выплаты производятся в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики и/или другими локальными нормативными актами МО.

Распределение средств в части оплаты труда, полученных по диспансеризации детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях и детей находящихся в трудной жизненной ситуации, детей сирот, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных, (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, по диспансеризации определенных групп взрослого населения, осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики и/или другими локальными нормативными актами МО.

Расходы на оплату труда медицинского персонала, не участвующего в оказании медицинской помощи по ОМС, и общеучрежденческого персонала, не участвующего в обеспечении оказания медицинской помощи по ОМС либо в части, превышающей долю обусловленных оказанием медицинской помощи по ОМС расходов по оплате труда общеучрежденческого персонала, а также выплаты персоналу, не обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС, средствами ОМС не компенсируются и в состав расходов на оплату труда не включаются.

Средства ОМС не используются МО на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, на проведение работ, относящихся к капитальному ремонту, по договорам на выполнение проектных и изыскательских

работ, а также расходы МО, финансовое обеспечение которых установлено за счет средств соответствующих бюджетов федеральными законами, нормативными правовыми актами Карачаево-Черкесской Республики.

Использование средств ОМС МО на финансирование медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, на возмещение затрат, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС, является нецелевым и подлежит восстановлению в доход бюджета территориального фонда ОМС, в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

МО формируют учетную политику в соответствии с установленной Федеральным законом обязанностью ведения раздельного учета доходов и расходов по операциям со средствами ОМС и иными средствами.

#### Статья 10. Правила дифференциации тарифов.

Базовые тарифы дифференцируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, цели обращения за медицинской помощью, а также в зависимости от возраста пациента и пола.

#### Статья 11. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются, в том числе, для осуществления межтерриториальных расчетов

Стоимость  $i$ -той единицы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по отдельным специальностям определяется по следующей формуле:

$$C_{i \text{ амб}} = BC_{\text{амб}} * k_{\text{стоим}}, \text{ где}$$

$BC_{\text{амб}}$  – размер средней стоимости единицы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (базовая ставка);

$k_{\text{стоим}, i}$  – относительный коэффициент стоимости  $i$ -той единицы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установлен в приложении 2 (таблицы 1,2,3) настоящего тарифного соглашения.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе посещений с профилактическими и иными целями установлены в приложении 6, посещений по неотложной медицинской помощи в приложении 7, обращений по поводу заболеваний в приложении 8 настоящего тарифного соглашения.

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения установлены в соответствии со значениями тарифов, рекомендованными Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения, как законченного случая, так и по стоимости услуг I и II этапов, перечень МО, участвующих в проведении диспансеризации установлены в приложении 9 настоящего тарифного соглашения.

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных, (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную, или патронатную семью и перечень МО, участвующих в проведении диспансеризации установлены в приложении 10 настоящего тарифного соглашения.

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях и детей находящихся в трудной жизненной ситуации и перечень МО, участвующих в проведении диспансеризации установлены в приложении 11 настоящего тарифного соглашения.

Тарифы на оплату медицинской помощи по проведенным профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения установлены по определенному Министерством здравоохранения РФ перечню осмотров и исследований, выполняемых при их проведении (стандарту законченного случая или осмотра).

Тарифы на оплату медицинской помощи по проведенным профилактическим осмотрам взрослого населения установлены в приложении 12 настоящего тарифного соглашения.

Тарифы на оплату медицинской помощи прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров установлены в приложении 13 настоящего тарифного соглашения.

Тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи (УЕТ) установлены в приложении 14 настоящего тарифного соглашения.

Статья 12. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Стоимость одного законченного случая госпитализации, включенного в КСГ (КПГ) определяется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС по формуле:

$S_{\text{сл.госп.стац}} = \text{БС стац} * \text{кзатр} * \text{куров} * \text{кподур} * \text{кслп} * \text{Ук}$ , где:

БС стац – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (КПГ) (базовая ставка);

кзатр – коэффициент относительной затратноемкости КСГ (КПГ) установлен настоящим тарифным соглашением в таблице 4 приложения 2;

кподур - коэффициенты уровня и подуровня оказания медицинской помощи в условиях стационара установлены настоящим тарифным соглашением в приложении 3;

кслп - коэффициент сложности лечения пациента;

Ук - управленческий коэффициент (учтен при определении базовых тарифов для определенных КСГ (КПГ)) и установлен настоящим тарифным соглашением в таблице 4 приложения 2.

Базовая ставка законченного случая госпитализации в круглосуточном стационаре (БС стац) определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ (КПГ) без учета средств на ВМП;
- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (КПГ), без учета объемов по ВМП;
- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (КПГ).

БС стац на 2017 год составляет 15 410,99 руб.

Базовые тарифы на оплату медицинской помощи в условиях стационара установлены в приложении 16 настоящего тарифного соглашения, к которым применяются коэффициенты уровня и подуровня, установленные в приложении 3 настоящего тарифного соглашения, за исключением перечня КСГ указанного в разделе II «Способы оплаты медицинской помощи», статьи 7 «Правила применения способов оплаты медицинской помощи и тарифов», пункта 2 настоящего тарифного соглашения.

Статья 13. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Стоимость одного законченного случая лечения оказанного в условиях дневного стационара, включенного в КСГ (КПГ), осуществляется по формуле:

$$C_{\text{сл.леч.}} = \text{БС}_{\text{дн.стац}} * \text{кзатр} * \text{курор} * \text{кподур} * \text{Ук} \text{ где:}$$

$\text{БС}_{\text{дн.стац}}$  – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (КПГ) (базовая ставка);

кзатр – коэффициент относительной затратноемкости КСГ (КПГ) установлен настоящим тарифным соглашением в таблице 5 приложения 2;

кподур - коэффициенты уровня и подуровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара установлены в приложении 4 настоящего тарифного соглашения;

Ук - управленческий коэффициент (учтен при определении базовых тарифов для определенных КСГ (КПГ)) и установлен настоящим тарифным соглашением в таблице 5 приложения 2.

Базовая ставка законченного случая лечения оказанного в условиях дневного стационара ( $\text{БС}_{\text{дн.стац}}$ ) на 2017 год составляет 8177,23 руб.

Базовые тарифы на оплату медицинской помощи оказанной в условиях дневного стационара установлены в приложении 18 настоящего тарифного соглашения, к которым применяются коэффициенты уровня и подуровня, установленные в приложении 4 настоящего тарифного соглашения.



#### Статья 14. Тарифы на плату ВМП.

Тарифы на оплату ВМП соответствуют нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления соответствующей группы ВМП, установленных Программой госгарантий на 2017год и установлены в приложение 17 настоящего тарифного соглашения.

#### Статья 15. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне МО.

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне МО установлены в приложении 19 настоящего тарифного соглашения.

#### Статья 16. Перечень МО, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

Перечень МО, участвующих в реализации территориальной программы ОМС и способы оплаты медицинской помощи установлены в приложении 1 настоящего тарифного соглашения.

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

#### Статья 17. Порядок применения неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты МО штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи, а также предъявление штрафов МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС применяются СМО и ТФОМС согласно Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденного приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.10 № 230 «Об утверждении порядка организации проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и настоящему Тарифному соглашению.

За нарушение обязательств при оказании медицинской помощи по ОМС к МО применяются санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской по-

мощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, и их величины установленных приложением 22 к настоящему тарифному соглашению.

Сумма уменьшения оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K, \text{ где:}$$

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

K - коэффициент для определения размера уменьшения оплаты медицинской помощи, установленный в соответствии с Перечнем.

Размер штрафа, применяемого к МО при оказании медицинской помощи (С), рассчитывается по формуле:

$$C = RP \times K, \text{ где:}$$

RP - размер подушевого норматива финансового обеспечения ТПГГ КЧР медицинской помощи за счет средств ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо в год;

K - коэффициент для определения размера штрафа, установленный в соответствии с Перечнем.

#### V. Заключительные положения.

Статья 18. Срок действия и правила разъяснения тарифного соглашения.

1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон и распространяется на отношения в сфере ОМС на территории Карачаево-Черкесской Республики с 01 января 2017 года.

2. Настоящее тарифное соглашение действует до вступления в силу тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Карачаево-Черкесской Республики в новой редакции.

3. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы ОМС.

Статья 19. Правила определения состава уполномоченных представителей.

Состав уполномоченных представителей сторон настоящего тарифного соглашения, участвующих в подписании настоящего тарифного соглашения, из числа членов Комиссии определяется в соответствии с Федеральным законом.

Статья 20. Порядок предоставления информации членам Комиссии.

1. Оперативная корректировка объемов предоставления медицинской помощи и их финансового обеспечения осуществляется Комиссией, на основании обращений МО, СМО, территориального фонда ОМС, Министерства здраво-

охранения КЧР, путем изменения объ-емов медицинской помощи в разрезе КСГ (КПГ), специальностей внутри квартала, между кварталами в МО и/или между МО.

Заявка предоставляется в Комиссию за 10 дней до окончания отчетного месяца, с указанием причин изменения объемов.

2. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

Комиссия в течении 3 рабочих дней с момента обращения ,учитывая аргументированную необходимость, рассматривает возможность перераспределения объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения.

Решение Комиссии оформляется протоколом.

## Статья 21. Порядок изменения тарифного соглашения.

1. Настоящее тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в части по инициативе не менее одной трети членов Комиссии.

Инициаторы внесения изменений или дополнений в настоящее тарифное соглашение не позднее чем за 15 рабочих дней до предлагаемого срока внесения изменений направляют мотивированное предложение секретарю Комиссии, который обеспечивает его направление иным членам Комиссии либо оглашают свои предложения на заседании Комиссии с предоставлением членам Комиссии проекта изменений.

Рассмотрение предложений о внесении изменений в настоящее тарифное соглашение организует председатель Комиссии.

2. Изменения в настоящее тарифное соглашение оформляются протоколом Комиссии и подписываются уполномоченными представителями организаций, представленных в составе Комиссии, и участвовавших в настоящем тарифном соглашении.

3. Изменения в настоящее тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника финансового обеспечения затрат.

## Статья 22. Порядок урегулирования разногласий

1. В случае возникновения разногласий по применению настоящего тарифного соглашения любой участник ОМС вправе обратиться в Министерство здравоохранения КЧР и территориальный фонд ОМС для разъяснений.

2. При не урегулировании участниками ОМС на территории Карачаево-Черкесской Республики разногласий в процессе переговоров споры разрешаются в Арбитражном суде Карачаево-Черкесской Республики.

## Статья 23. Правила оформления, опубликования и хранения тарифного соглашения

1. Настоящее тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр тарифного со-

глашения хранится в Министерстве здравоохранения КЧР, другой в территориальном фонде ОМС.

Изменения к настоящему тарифному соглашению принимаются решением Комиссии, подписывается представителями сторон и составляются в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр изменений хранится в Министерстве здравоохранения КЧР, другой в территориальном фонде ОМС.

2. Настоящее тарифное соглашение и изменения к нему подлежат хранению по правилам организации государственного архивного фонда.

3. Настоящее тарифное соглашение и изменения к нему подлежат опубликованию на официальных сайтах Министерства здравоохранения КЧР и территориальном фонде ОМС в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в срок не позднее 14 календарных дней со дня их принятия.


### ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Министр здравоохранения  
Карачаево-Черкесской Республики  
  
К.А. Шаманов  
2016 года




Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования  
Карачаево-Черкесской Республики  
  
А.С. Джанкезов  
2016 года



Директор филиала Акционерного  
общества «Медицинская  
акционерная страховая  
компания» (АО «МАКС-М») в  
городе Черкесске  
  
Б. Х-А. Гочияев  
2016 года



Председатель Карачаево-Чекесской  
республиканской организации  
профсоюзов работников  
здравоохранения  
  
А.М. Тебуев  
2016 года



Председатель Некоммерческого  
партнерства «Медицинская палата  
КЧР»  
  
З.Д. Хунов  
2016 года



Главный врач МБУЗ «Черкесская  
городская поликлиника»  
  
Г.А. Шенкао  
2016 года

