

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме
территориальной программы обязательного медицинского страхования
Карачаево-Черкесской Республики на 2019 год

Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики в лице Министра здравоохранения Шаманова К.А., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики в лице директора Джанкезова А.С., филиал Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в г. Черкесске в лице директора Гочияева Б.Х.-А., Карачаево-Черкесская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице председателя Тебуева А.М., Некоммерческое партнерство «Медицинская палата КЧР» в лице председателя Хунова З.Д., в соответствии с протоколом Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике от 29.12.2018 года №12, заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики на 2019 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем:

I. Общие положения

Статья 1. Основания заключения Тарифного соглашения

Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

1. Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020-2021 годов» (далее - ППГ РФ);
4. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС);
5. Письмом Минздрава России № 11-7/10/2-7543 и ФФОМС № 14525/26-1/и от 21.11.2018 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» с дополнениями направленными письмом Федерального Фонда ОМС от 03.12.2018г. №15031/26-1/и (далее, соответственно – Методические рекомендации по способам оплаты и Инструкция);
6. Письмом Минздрава России от 21.12.2018 №11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее - Экономическое обоснование ТПГТ);

7. Постановлением Правительства Карачаево-Черкесской Республики от 27.12.2018 года №294 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 и на плановый период 2020 и 2021 годов в Карачаево-Черкесской Республике» (далее - ТПГТ КЧР);

8. Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (Перечень ЖНВЛП), 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 ФФОМС от 01.12.2010 № 230;

10. Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, определенными приказом ФФОМС от 21.11.2018г. №247.

Статья 2. 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 МО, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации лицам, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

Статья 3. Стороны Тарифного соглашения

На основании статей 30 и 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сторонами Тарифного соглашения являются Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики, филиал Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в г. Черкесске, Карачаево-Черкесская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения, Некоммерческое партнерство «Медицинская палата КЧР» в лице уполномоченных представителей.

Статья 4. Основные термины, понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении

1. Способ оплаты медицинской помощи - способ финансирования медицинской помощи, оказанной МО 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;

2. Тариф на оплату медицинской помощи - сумма возмещения расходов МО на единицу объема медицинской помощи в рублях с двумя знаками после запятой;

3. 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);

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

5. Базовая ставка (БС) - 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 ТППГ КЧР, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением (средняя стоимость законченного случая лечения);

6. Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ) - коэффициент отражающий отношение стоимости конкретной КСГ(КПГ) к БС;

7. Коэффициент подуровня оказания стационарной медицинской помощи - (КУС) устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов МО, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи;

8. Управленческий коэффициент (КУ) - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф

КСГ(КПГ) с целью управления структурой госпитализаций и/или учета особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ(КПГ);

9. Коэффициент сложности лечения пациента (кслп) – коэффициент устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

10. Коэффициент дифференциации - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05 мая 2012 г. N 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";

11. 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:

- в связи с проведением профилактических медицинских осмотров в рамках диспансеризации (1этап);
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения (2этап);
- центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
- в связи с проведением профилактических медицинских осмотров, в том числе при первом посещении по поводу диспансерного наблюдения;
- в связи с проведением диспансерного наблюдения.

б) посещения с иными целями:

- разовые посещения в связи с заболеванием;
- посещения по медицинской реабилитации;
- в связи с другими целями (патронаж, выдача справок, других медицинских документов);
- медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

12. 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 МО.

Минимальным объемом медицинских услуг, обосновывающим выставление счета на оплату, является осмотр врача приемного отделения (дежурного врача стационара) и выполнение не менее одного лечебно-диагностического исследования;

Обязательным условием отнесения посещения к посещению, оказанному в неотложной форме в амбулаторно-поликлиническом учреждении (подразделении, кабинете) или на дому является оказание неотложных лечебно-диагностических услуг, с применением лекарственных препаратов, медицинских изделий и перевязочного материала, необходимых для оказания неотложной медицинской помощи;

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

14. Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее - УЕТ) - норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи. УЕТ применяется для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях.

В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты за одну УЕТ принимаются 10 минут;

15. 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 геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

16. 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.

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Карачаево-Черкесской Республики

Статья 5. Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи, установленных ТПГГ КЧР

В соответствии с базовой программой ОМС ТПГГ КЧР установлены следующие способы оплаты медицинской помощи:

1. При оплате медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях:
 - 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. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара:

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

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

3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне МО, - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Перечень МО, участвующих в реализации территориальной программы ОМС с указанием способа оплаты оказываемой медицинской помощи приведен в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

Статья 6. Основные подходы к оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1. Способ оплаты за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) используется также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, а также в МО, не имеющих прикрепившихся лиц).

2. Оплата за медицинскую услугу производится:

- при проведении услуги диализа, при этом обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников финансирования (кроме средств ОМС). Для учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца принимается за одно обращение (в среднем 12 процедур).

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты (учетная форма № 025/у) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года);

- при проведении лабораторных исследований (АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр»);
- при проведении КТ, МРТ (для межтерриториальных и межучрежденческих расчётов);
- при проведении позитронной эмиссионной томографии совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ КТ).

Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в системе ОМС установлены в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Медицинские услуги с применением мобильных медицинских комплексов на территории КЧР не оказываются.

4. Оплата стоматологической помощи осуществляется за посещение и обращение. Оплата стоматологической помощи по тарифам с учетом УЕТ производится в следующих МО:

- РГБЛПУ «Республиканская стоматологическая поликлиника»;
- РГБЛПУ «Республиканская детская стоматологическая поликлиника»;
- РГАУЗ «Зеленчукская районная стоматологическая поликлиника»;
- РГАУЗ «Усть-Джегутинская районная стоматологическая поликлиника»;
- ООО «Ренессанс»;
- ООО «Центр здоровья»;
- РГАУЗ «Карачаевская центральная стоматологическая поликлиника»;
- ООО «Медицинский центр «Восход».

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта при одном посещении, для чего вводится условное понятие «стоматологическое посещение с лечебной целью». Законченный случай (обращение, стоматологическое посещение с лечебной целью) 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.

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 3 настоящего Тарифного соглашения.

Кратность УЕТ в одном посещении с профилактической целью устанавливается 1,3 - взрослым и 1,57 - детям.

Кратность УЕТ в одном законченном случае оказания стоматологической помощи устанавливается 8,0.

Учитывая время на оказание одной УЕТ врачом, максимальное количество УЕТ в одном стоматологическом посещении с лечебной целью не

может превышать 17, кроме медицинских услуг оказанных по профилю ортодонтия. В случае превышения, оплата производится после проведения контрольных мероприятий.

Для учета объема стоматологических обращений количество стоматологических посещений с лечебной целью делится на коэффициент 2,3 для взрослых и 2,9 - для детей.

Учет посещений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Ведется медицинская карта стоматологического больного (Ф-043/у), в которой отражается объем и коды выполненных стоматологических медицинских услуг в УЕТ, клинический диагноз с указанием номера зуба с патологией.

Перечень медицинских изделий, необходимый для оказания стоматологической помощи по ОМС установлен в приложении 4 настоящего Тарифного соглашения.

Статья 7. Основные подходы к оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (кроме ВМП)

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

2. Формирование КСГ с учетом установленных критериев группировки, осуществляющего отнесение случаев к КСГ, а также особенности формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров необходимо осуществлять в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты и Инструкцией.

3. 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, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

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.

4. Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПП не учитывается. Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в МО и структурных подразделениях МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

5. Оплата прерванных случаев госпитализации.

К прерванным случаям лечения в условиях стационара и дневного стационара также относятся случаи, при которых длительность лечения составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее, являются оптимальными сроками лечения и оплата по ним производится в полном объеме, независимо от длительности и результата лечения. Перечень КСГ, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме, независимо от длительности лечения, в стационарных условиях представлен в Инструкции.

В случае, если пациенту хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, оплата производится:

- при длительности лечения более 3-х дней - в размере 65 % от тарифа КСГ(КПП);

- при длительности лечения 3 дня и менее - 20 %, от тарифа КСГ(КПП).

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, либо применена другая медицинская технология, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, и (или) проведена тромболитическая терапия, оплата производится:

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 80 % от стоимости, для данной КСГ или КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней - 90 % от стоимости, для данной КСГ или КПП.

6. При проведении комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания ВМП, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ.

7. После оказания в МО высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации, в рамках специализированной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ, формируемой по коду МКБ-10.

8. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале

реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной приказом Министерства здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики.

При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

Порядок отбора и направления застрахованных лиц из числа жителей Карачаево-Черкесской Республики на лечение по профилю «Медицинская реабилитация» определяется Министерством здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики.

9. Процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) на территории субъекта не проводится, порядок направления в другие субъекты РФ на ЭКО определяется Министерством здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики.

10. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией определены в соответствии с Инструкцией.

11. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая, производится в соответствии с Инструкцией.

12. Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях которых предполагают хирургическое вмешательство либо выполнение тромболитической терапии приведен в Инструкции.

Статья 8. Основные подходы к оплате ВМП

1. Оплата случая оказания ВМП осуществляется по фактическому нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС.

2. Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в ПГТ РФ.

3. 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.

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

Статья 9. Основные подходы к оплате случаев лечения при оказании услуг диализа в стационаре

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. При этом в период лечения, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

Для расчета услуг различных методов диализа, к установленному настоящим Тарифным соглашением базовому тарифу на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») рассчитанному в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в составе Правил ОМС (далее – Методика расчета тарифов) и включающему в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ, применяются установленные Методическими рекомендациями по способам оплаты коэффициенты относительной затратоемкости и коэффициент дифференциации к стоимости услуги с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

Статья 10. Основные подходы к оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

1. 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.

2. В период лечения в дневных стационарах всех типов оплачивается обращение пациента к специалистам амбулаторного звена медицинской организации, в случае не имеющему отношения к профилю заболевания, по которому пациент проходит лечение.

3. Оплата прерванных случаев лечения производится аналогично оплате прерванных случаев госпитализации в условиях стационара.

Ниже приведен перечень КСГ, оплата по которым осуществляется в полном объеме, независимо от длительности и результата лечения

Код КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях кро-

	ви и пузырьном заносе
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина(уровень1)
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина(уровень2)
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень10)
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
ds19.028	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень2)

ds21.004	Операции на органе зрения (уровень3)
ds21.005	Операции на органе зрения(уровень4)
ds21.006	Операции на органе зрения(уровень5)
ds25.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)

4. Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара которых предполагают хирургическое вмешательство либо выполнение тромболитической терапии приведен в Инструкции.

Статья 11. Основные подходы к оплате скорой медицинской помощи

1. Расчет суммы подушевого финансирования осуществляется с учетом численности обслуживаемого застрахованного населения по состоянию на 01.01.2018 года.

МО	Численность обслуживаемого населения по состоянию на 01.01.2018г. (чел.)
РГБУЗ «ССМП»	123207
РГБУЗ «Адыге-Хабльская ЦРБ»	13756
РГБУЗ «Абазинская ЦРП»	14039
РГБУЗ «Зеленчукская ЦРБ»	45088
РГБУЗ «Карачаевская ЦГРБ»	45558
РГБУЗ «Малокарачаевская ЦРБ»	32636
РГБУЗ «КУБ»	3128
РГБУЗ «Ногайская ЦРП»	13834
РГБУЗ «Прикубанская ЦРБ»	29828
РГБУЗ «Усть-Джегутинская ЦРБ»	48626
РГБУЗ «Урупская ЦРБ»	16273
РГБУЗ «Хабезская ЦРБ»	26774
Итого:	412747

2. Законченный случай оказания скорой медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу вызова скорой медицинской помощи в зависимости от вида и профиля выездной бригады скорой медицинской помощи с учетом повода к вызову или его результата.

3. По тарифу вызова скорой медицинской помощи не оплачивается медицинская помощь, оказанная неидентифицированным (в том числе неопознанным) или не застрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с социально-значимыми заболеваниями или психиатрическими заболеваниями, дежурства выездных бригад скорой медицинской помощи на массовых мероприятиях и при чрезвычайных ситуациях, безрезультатные (в том числе ложные) вызовы, а также транспортировка пациентов.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Статья 12. Расходы, включенные в структуру тарифов

1. Расходы, включенные в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, определяются Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ППГ РФ и приказом МФ РФ от 29.11.2017 №209н (в актуальной редакции).

2. Расходы на заработную плату производятся исходя из размеров и условий оплаты труда, предусмотренных системой оплаты труда работников учреждений здравоохранения КЧР, установленной в соответствии с законодательством.

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 07.05.2012 № 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 МО скорой медицинской помощи и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне МО, врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях) – выплаты производятся в соответствии с приказами Министерства здравоохранения КЧР 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 КЧР 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.

3. При отсутствии в МО возможности проведения показанных пациенту диагностических исследований, предусмотренных клиническими рекомендациями, МО на договорной основе осуществляют взаиморасчеты по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением за проведенные лабораторные, функциональные, инструментальные, лучевые и иные исследования.

4. 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 КЧР.

5. 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 от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

6. 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 13. Общие принципы оплаты медицинской помощи 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. Тарифы рассчитываются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в КЧР (далее - Комиссия) согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты.

3. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС на территории КЧР, осуществляется в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами, регулирующими 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 Минздрава России 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).

4. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории КЧР, производится по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением, в пределах плановых объемов предоставления медицинской помощи в расчете на квартал, ежемесячно, в пределах 1/3 от утвержденных объемов предоставления медицинской помощи и их финансового обеспечения на соответствующий квартал. В случае невыполнения МО установленных объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, расходы, включенные в состав тарифов за невыполненный объем медицинской помощи, не являются обязательством ТФОМС и СМО.

5. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные ТП ОМС, распределяются решением Комиссии между МО, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к МО, маршрутизации больных, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, в пределах нормативов ТП ОМС с учетом объемов медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории КЧР за пределами территории страхования.

Статья 14. 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 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 ФФОМС от 07.04.2011 № 79 (далее - Общие принципы), Территориальной программой, рекомендациями Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также практикой применения вышеуказанных нормативных актов.

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

4. 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 обо 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 МО, с приложением оттиска печати МО.

Статья 15. Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях

1. Перечень расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную

помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи, за исключением:

- расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию всех видов, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на оплату стоматологической помощи, в УЕТ;

- расходов на оплату отдельных медицинских услуг (лабораторных исследований АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр», ПЭТ КТ);

- расходов на оплату медицинской помощи за единицу медицинской помощи (в т.ч. оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС).

2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС приведен в Приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению.

3. В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты и перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования определен размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования (таблица 3 Приложения 5 к настоящему Тарифному соглашению).

4. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования и коэффициентов дифференциации, учитывающих:

- половозрастной состав (КДпвс);

- уровень расходов на содержание МО (отдельных структурных подразделений – ФАПы, ФП и др.);

- достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения КЧР определены значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для однородных групп МО (таблица 2 Приложения 5 к настоящему Тарифному соглашению).

5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за обращение (законченный случай) приведены в таблице 1 Приложения 5, к настоящему Тарифному соглашению.

6. Учет сведений о прикреплении застрахованных лиц по ОМС к МО осуществляется в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

Для определения месячного размера средств на подушевое финансирование учитывается численность прикрепленного застрахованного населения к МО на 01 число отчетного квартала.

7. 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.

8. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение

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 9 (таблицы 1,2,3) настоящего Тарифного соглашения.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, приведены в Приложениях 10,11,12 настоящего Тарифного соглашения.

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения установлены в соответствии со значениями тарифов, рекомендованных Методическими рекомендациями по способам оплаты с учетом коэффициента дифференциации.

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, приведены в приложении 13 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 патронажную семью, приведены в приложении 14 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 приведены в приложении 15 настоящего Тарифного соглашения.

Тарифы на оплату медицинской помощи по проведенным профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения (Приложение 16) установлены по определенному Министерством здравоохранения РФ перечню осмотров и исследований, выполняемых при их проведении (стандарту законченного случая или осмотра).

Тарифы на оплату медицинской помощи прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, установлены в приложении 17 настоящего Тарифного соглашения.

Тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи, установлены в приложении 18 настоящего Тарифного соглашения.

Статья 16. Тарифы на оплату медицинской помощи по КСГ или КПП, определяющие стоимость законченного случая лечения

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, в условиях стационара и дневного стационара, определяется на основе соответствующих нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС и приведен в приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ или КПП осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов, на основе следующих экономических параметров:

1.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП (БС);

1.2. Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ);

1.3. Коэффициент дифференциации (учитывается в БС);

1.4. Поправочные коэффициенты:

- управленческий коэффициент (КУ);

- коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи (КУС);

- коэффициент сложности лечения пациента (кслп).

Базовая ставка и базовые тарифы на оплату медицинской помощи в условиях стационара приведены в приложении 20 к настоящему Тарифному соглашению.

Базовая ставка и базовые тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара приведены в приложении 21 к настоящему Тарифному соглашению.

2. С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация, основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, по каждому уровню выделяются подуровни оказания стационарной медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи для групп МО и (или) структурных подразделений МО определены в строгом соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты и приведены в приложении 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Ввиду отсутствия различий в оказании медицинской помощи в дневных

стационарах МО разного уровня коэффициенты уровня к тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, не применяются.

3. Коэффициент сложности лечения пациента (кСЛП) применяется при наличии достаточных оснований и объективных причин увеличения стоимости оказанной пациенту специализированной медицинской помощи и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

Значение кСЛП определяется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты.

Обоснованность применения кСЛП подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи.

Случаи, для которых установлен кСЛП соответствуют Инструкции, значения кСЛП приведены ниже

№	Случаи, для которых установлен кСЛП	Значения
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года), кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология»	1,1
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 лет и дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,05
4	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра)	1,02
5	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента	1,4
6	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,1
7	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ	1,5
8	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета кСЛП представлена в Инструкции)	В соответствии с расч.значением
9	Проведение сочетанных хирургических вмешательств	1,2
10	Проведение однотипных операций на парных органах при выполнении которых необходимы, в том числе дорогостоящие расходные материалы	1,2

4. Коэффициенты относительной затратёмкости КСГ (КПГ) в условиях стационара и дневного стационара соответствуют установленным Методическими рекомендациями по способам оплаты значениям и приведены в таблице 4,5 приложения 9.

5. КУ учтен при определении базовых тарифов для определенных КСГ (КПГ). Средневзвешенное значение КУ равно 1. Максимальное значение КУ не превышает 1,4.

6. Перечни КСГ для круглосуточного стационара, к которым не применялись: КУС, понижающие КУ, повышающие КУ соответствуют перечням, определенным Методическими рекомендациями по способам оплаты.

Статья 17. Тарифы на оплату ВМП

Расчет фактического норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС осуществляется в соответствии с Экономическим обоснованием ТПГ с применением коэффициента дифференциации (установлен в размере 1,027).

Тарифы на оплату ВМП установлены в приложении 22 к настоящему Тарифному соглашению.

Статья 18. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

1. Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется при оказании скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного

медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи (в том числе с применением тромболитической терапии);

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне МО, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС.

2. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС приведен в Приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению.

3. В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты и перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования, определен размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования (таблица 3 Приложения 6 к настоящему Тарифному соглашению).

4. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования и коэффициентов дифференциации, учитывающих:

- половозрастной состав (КДпвс);
- уровень расходов на содержание МО: наличие отдельных (обособленных), отдаленных от центральных районных больниц структурных подразделений – ФАПы, ФП и др.), различный уровень тарифов на коммунальные услуги и др. особенности;
- достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения КЧР определены значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для однородных групп МО (таблица 2 Приложения 6 к настоящему Тарифному соглашению).

5. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи оказанной вне МО приведены в таблице 1 Приложения 6 и в Приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Статья 19. 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

1. 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 ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и настоящему Тарифному соглашению.

2. 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 помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, и их величины установленных приложением 2 к настоящему Тарифному соглашению. Сумма уменьшения оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$H = PT \times K$, 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:

$C = RP \times K$, где:

RP - размер подушевого норматива финансового обеспечения ТПГ 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.

3. При проведении МЭК счетов и реестров счетов за проведенные профилактические мероприятия (диспансеризация определенных групп взрослого населения, профилактический медицинский осмотр взрослого населения, медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансеризацию детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью) СМО необходимо проводить проверку на прикрепление застрахованных лиц к МО и включение в списки для проведения I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения с поквартальным распределением.

При обнаружении вышеуказанных дефектов к МО применяется код 5.2.4. Перечня дефектов/нарушений и размер санкций, применяемых к МО при оказании медицинской помощи (приложение 2 к настоящему Тарифному соглашению).

V. Заключительные положения

Статья 20. Срок действия Тарифного соглашения и порядок внесения в него изменения

1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты его подписания уполномоченными представителями сторон и распространяет свое действие на отношения, возникшие с 01 января 2019 года, в сфере обязательного медицинского страхования на территории Карачаево-Черкесской Республики.

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 обязательного медицинского страхования.

4. 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 разработке настоящего Тарифного соглашения.

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

Статья 21. Порядок урегулирования разногласий

1. В случае возникновения разногласий по применению настоящего Тарифного соглашения, любой участник системы ОМС вправе обратиться в Министерство здравоохранения КЧР и ТФОМС КЧР для разъяснений.

2. При не урегулировании участниками ОМС на территории КЧР разногласий в процессе переговоров, споры разрешаются в Арбитражном суде КЧР.

Статья 22. Правила оформления, опубликования и хранения Тарифного соглашения

1. Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр Тарифного соглашения хранится в Министерстве здравоохранения КЧР, другой в ТФОМС КЧР.

Изменения к настоящему Тарифному соглашению принимаются решением Комиссии, подписываются представителями сторон и составляются в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр изменений хранится в Министерстве здравоохранения КЧР, другой в ТФОМС КЧР.

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 ТФОМС КЧР 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
Шаманов К.А.
2018 года



Директор территориального фонда
обязательного медицинского
страхования
Карачаево-Черкесской Республики
Джанкезов А.С.
2018 года



Директор филиала Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в городе Черкесске

 Гочияев Б. Х-А.
2018 года

Председатель Некоммерческого партнерства «Медицинская палата КЧР»

 Хунов З.Д.
2018 года



Председатель Карачаево-Чекесской республиканской организации профсоюзов работников здравоохранения

 Лебуев А.М.
2018 года

