

СОГЛАСОВАНО:
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Министр К.А.Шаманов

02.02.2016г.

КАРАЧАЕВО - ЧЕРКЕССКАЯ
РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ПРОФСОЮЗОВ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Председатель А.М.Тебугев

02.02.2016г.

СОГЛАСОВАНО:
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Директор А.С.Джанкезов

02.02.2016г.

ФИЛИАЛ ЗАО МСК «МАКС-М» в г. ЧЕРКЕССКЕ

Директор Б.Х.-А.Гочияев

02.02.2016г.

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме
территориальной программы обязательного медицинского страхования
Карачаево - Черкесской Республики на 2016 год

Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики (далее – МЗ КЧР) в лице министра здравоохранения Шаманова К.А., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики (далее – ТФОМС) в лице директора Джанкезова А.С., филиал Закрытого акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (ЗАО «МАКС-М») в г. Черкесске (далее – СМО) в лице директора Гочияева Б.Х.-А., Карачаево-Черкесская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице председателя Тебугева А.М., в соответствии с протоколом Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Карачаево – Черкесской Республике от 02.02.2016г. №1, заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования Карачаево – Черкесской Республики на 2016 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Общие положения

- 1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:
- Федеральным законом от 21.11.11 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
 - Федеральным законом от 29.11.10 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
 - Постановлением Правительства Российской Федерации (далее – РФ) от 19.12.15 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» (далее – Программа госгарантий);

- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.11 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);
- Письмом Министерства здравоохранения РФ и ФФОМС от 24.12.15 №11-9/10/2-7938, №8089/21и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» с дополнениями (далее – Методические рекомендации по способам оплаты);
- Письмом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.15 №11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» (далее – Экономическое обоснование ТПГТ);
- Постановлением Правительства Карачаево-Черкесской Республики (далее – КЧР) от 24.12. 15г. № 380 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Карачаево-Черкесской Республике медицинской помощи на 2016 год» (далее - ТПГТ КЧР) и другими федеральными и региональными нормативными правовыми актами, регулирующими отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием (далее – ОМС).

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с территориальной программой ОМС, их структуру, порядок применения, способы оплаты медицинской помощи и порядок использования средств ОМС.

1.3. Настоящее Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории КЧР лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, застрахованным на территории иных субъектов РФ лицам, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

1.4. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи по ОМС осуществляется в пределах финансовых средств, предусмотренных в бюджете ТФОМС и объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике (далее – Комиссия), на соответствующий финансовый год.

1.5. Основные понятия, используемые в Тарифном соглашении:

Территориальная программа обязательного медицинского страхования – 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.

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 ТПГГ КЧР.

Тарифы на оплату медицинской помощи – денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС как составной части ТПГГ КЧР.

Подушевой норматив финансирования – плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, предназначенная для оплаты медицинской помощи.

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

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».

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.

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

Медицинская организация (МО) – 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.

Страховая медицинская организация (СМО) – 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.

Случай госпитализации в стационаре (в условиях дневного стационара – случай лечения) – совокупность медицинских услуг (комплекса лечебно-диагностических мероприятий), в соответствии с медицинскими стандартами в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи в случае достижения клинического результата, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской

карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи.

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

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

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 (средняя стоимость законченного случая лечения).

Относительный коэффициент стоимости ($K_{\text{стоим}}$) – коэффициент, определяющий отношение стоимости единицы медицинской помощи в амбулаторных условиях (посещения, обращения) по каждой специальности к средней стоимости по базовой ставке финансового обеспечения.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (K_y) – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - ($K_{\text{подур}}$) 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.

Коэффициент относительной затратоемкости ($K_{\text{затр}}$) – коэффициент затратоемкости КПГ или КСГ, отражающий ее затратоемкость к БС.

Управленческий коэффициент (U_k) – коэффициент, позволяющий корректировать тариф КПГ(КСГ) с целью управления структурой госпитализаций и/или учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КПГ(КСГ).

Коэффициент сложности лечения пациента ($K_{\text{слп}}$) - коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

1.6. ТФОМС в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия, утвержденными Федеральным фондом ОМС, порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС, утвержденным

Министерством здравоохранения РФ, разрабатывает и утверждает порядок и форматы информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО.

2. Способы оплаты медицинской помощи

При реализации территориальной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС применяются следующие способы оплаты:

2.1. При оплате медицинской помощи, оказываемой в **амбулаторных условиях** – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за обращение (законченный случай), за медицинскую услугу.

По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц производится оплата медицинской помощи, оказанная в ФАПах и ФП.

При оказании стоматологической медицинской помощи оплата осуществляется за посещение с профилактической целью и обращение в связи с заболеванием, кроме стоматологических учреждений, имеющих статус юридического лица, единицей оплаты стоматологической помощи в которых является условная единица трудоемкости (далее – УЕТ).

2.1.1. К посещениям с профилактической и иной целью 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 т.ч.:

- 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.

2.1.2. К посещениям в неотложной форме относится медицинская помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной или скорой медицинской помощи, амбулаторный прием, осуществляемый врачом, или медицинским работником со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный прием, при самостоятельном обращении пациента на станцию (отделение) скорой медицинской помощи, а также медицинская помощь, оказанная в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи.

2.1.3. К обращениям в связи с заболеванием относятся случаи лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (за исключением стоматологии).

2.1.4. Оплата за медицинскую услугу производится:

- при проведении гемодиализа в амбулаторных условиях – одну процедуру гемодиализа в ООО «Б.Браун Авитум Руссланд». При этом обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников. В целях учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца принимается за одно обращение (в среднем 13 процедур);

- 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 КПП(КСГ) в рамках одного случая лечения.

- при проведении лабораторных исследований в АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр».

2.1.5. При планировании и учете объема гарантируемой стоматологической помощи населению учитываются как посещения с профилактическими целями, так и обращения в связи с заболеванием (посещения с лечебной целью).

Для мониторинга объема стоматологической помощи вводится понятие условное «стоматологическое обращение». Для подсчета условных «стоматологических обращений» используются посещения с лечебной целью. Количество условных «стоматологических обращений» равно количеству 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».

2.2. При оплате медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной), оказанной **в стационарных условиях** и в **условиях дневного стационара** - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ).

2.3. Особенности применения тарифов при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

2.3.1. Незаконченные случаи лечения учитываются за счет установленных годовых объемов МО по случаям госпитализации (лечения).

2.3.2. Для определения стоимости одного дня при незаконченных случаях лечения используется средняя длительность лечения, которая установлена приказом МЗ КЧР и ТФОМС КЧР от 20.11.15 №353-0/242 «О распределении КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПП) и по уровням оказания медицинской помощи».

2.3.3. Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи (**к_{ус}**) установлены настоящим Тарифным соглашением в разрезе трех уровней: для МО 1-го уровня – 1,0; для МО 2-го уровня – 1,01, для МО 3-го уровня – 1,05.

При этом **к_{ус}** не применяется 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.

Перечень КСГ, к которым не применяется **к_{ус}**, приведен ниже:

| код | наименование |
|--------|---|
| C3.01 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| C24.09 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| C24.02 | Болезни желчного пузыря |
| C24.03 | Гипертоническая болезнь |
| C24.12 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, коронарография не проводилась |
| C27.01 | Болезни предстательной железы |
| C28.18 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| C28.04 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |
| C28.12 | Аппендэктомия |
| C28.13 | Операции по поводу грыж (уровень 1) |
| C28.14 | Операции по поводу грыж (уровень 2) |

2.3.4. 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.

2.3.5. При не достижении результата обращения за медицинской помощью, прерванный случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате за фактическое количество дней лечения, пропорционально тарифу КСГ, но не более тарифа соответствующей КПП (КСГ).

2.3.6. Перевод пациента из отделения в отделение МО не прерывает течение случая оказания медицинской помощи, который предъявляется к оплате по тарифу КСГ отделения, в котором преимущественно (по длительности фактического пребывания) оказывалась медицинская помощь, кроме случаев, указанных в п.2.3.7. и случаев перевода, обусловленных возникновением

нового заболевания или состояния, не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением сверхкоротких случаев.

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.

2.3.7. Законченный случай оказания медицинской помощи в связи с родами предъявляется к оплате по тарифу КСГ «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения», «Родоразрешение» или «Кесарево сечение», а в случае лечения патологии беременности завершившегося родами:

- более 7 дней - по тарифу законченного случая лечения патологии беременности, по соответствующей КПП (КСГ);

- 7 дней и менее - по тарифу законченного случая оказания медицинской помощи в связи с родами, по соответствующей КПП (КСГ), с применением коэффициента сложности лечения пациента (**к.слп**) в размере **1,1**. При этом наличие показаний к оказанию медицинской помощи в связи с патологией беременности подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

2.3.8. Если в рамках одного случая лечения было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по КПП (КСГ) имеющим более высокий коэффициент относительной затратноности.

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

2.3.10. Оплата сверхкоротких случаев, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее производится за фактическое количество дней лечения, пропорционально тарифу КСГ, кроме законченных случаев, входящих в группы, перечисленные ниже, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

| код | наименование |
|-------|--|
| С1.02 | Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью |

| код | наименование |
|--------|--|
| C1.04 | Родоразрешение |
| C1.05 | Кесарево сечение |
| C1.08 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов |
| C1.09 | Беременность, закончившаяся абортным исходом |
| C1.11 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| C1.12 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 1) |
| C1.13 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 2) |
| C14.03 | Сотрясение головного мозга |
| C18.03 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| C18.04 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| C19.01 | Операции на органе зрения (уровень затрат 1) |
| C19.02 | Операции на органе зрения (уровень затрат 2) |
| C24.01 | Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1) |

2.3.11. Сверхкороткие случаи оказания медицинской помощи при проведении лапароскопических операций, оплачиваются по тарифу КСГ в полном объеме, независимо от длительности фактического пребывания пациента при достижении клинического результата.

2.3.12. Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента (**кслп**) в размере **1,2**. 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 | наименование |
|--------|---|
| C8.01 | Детская хирургия в период новорожденности |
| C15.02 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |
| C15.03 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |
| C26.06 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма) |
| C28.08 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень затрат 2) |

2.3.13. При экстренной госпитализации детей в реанимационное отделение РГБЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», при отсутствии профильного отделения, применяется тариф КСГ «Прочие» с коэффициентом сложности лечения пациента (**кслп**) в размере **1,2**.

2.3.14. Коэффициент сложности лечения пациента (**кслп**) применяется при наличии достаточных оснований и объективных причин увеличения стоимости оказанной пациенту специализированной медицинской помощи.

Обоснованность применения коэффициента сложности лечения пациента (**кслп**) подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи.

2.4. 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) - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи - применяется вариант оплаты, при котором установленную тарифным соглашением долю средств МО получает по подушевому нормативу финансирования (5%), а оставшаяся часть – по тарифам за вызов.

2.5. Способы оплаты медицинской помощи в рамках реализации ОМС по МО приведены в приложении 1.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС включает перечень расходов МО, определяемый в соответствии с кодами операций сектора государственного управления (далее - КОСГУ), утвержденными Приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации» с изменениями, в том числе:

на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях - при отсутствии в МО лаборатории и диагностического оборудования, организации питания - при отсутствии организованного питания в МО, прочих материальных запасов, расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.1.1. В части расходов по подстатьям КОСГУ 211 «Заработная плата», 212 «Прочие выплаты», 213 «Начисления на выплаты по оплате труда»:

- за счет средств ОМС финансируются расходы на выплаты, 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».

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 МЗ 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 МЗ 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.

Стимулирующие выплаты административно-хозяйственному персоналу начисляются после обеспечения достижения целевых показателей по заработной плате медицинскому персоналу.

3.1.2. В части расходов по статье КОСГУ 340 «Увеличение стоимости материальных запасов»:

- приобретение медикаментов в соответствии с ТППГ КЧР;
- 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;
- приобретение медицинского инструментария, относящегося к подклассу 94 3000 «Инструменты медицинские» 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.

3.2. Расходы на приобретение лекарственных препаратов, не включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов 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.

3.3. С целью предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи за счет средств ОМС, фактически поступивших в МО через структуру тарифов, осуществляются расходы по оплате диагностических (при отсутствии в МО лаборатории и диагностического оборудования или их недостаточности), консультативных и иных медицинских услуг, заказываемых в других МО. Взаиморасчеты МО осуществляются в соответствии с действующим законодательством РФ на основании заключаемых договоров (контрактов).

3.4. При расходовании средств, предназначенных на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий, а также на приобретение продуктов питания, МО необходимо обеспечивать установленное назначение этих средств не ниже доли указанных затрат в структуре тарифов.

3.5. 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.

3.6. 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 ТФОМС, в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

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

3.8. Порядок формирования тарифов на оплату медицинской помощи, устанавливается в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты и настоящим Тарифным соглашением.

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

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

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

$k_{\text{стоим}_i}$ – относительный коэффициент стоимости i -той единицы медицинской помощи, коэффициенты утверждены настоящим Тарифным соглашением (таблица 1 приложения 2);

$k_{\text{подур}}$ - коэффициент подуровня (применяются к базовым тарифам обращений и УЕТ стоматологии и утверждены настоящим Тарифным соглашением в таблице 3 приложения 3).

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе с профилактической и иными целями приведены в приложении 4, в неотложной форме - в приложении 5, обращений в связи с заболеванием - в приложении 6.

3.8.2. Тарифы на диспансеризацию определенных групп населения определены в соответствии со значениями тарифов Методических рекомендаций по способам оплаты.

Тарифы на диспансеризацию определенных групп взрослого населения, как законченного случая, так и по стоимости услуг I и II этапов, перечень МО, участвующих в проведении приведены в приложении 7.

Тарифы на диспансеризацию 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 приведены в приложении 8.

Тарифы на диспансеризацию детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях и детей находящихся в трудной жизненной ситуации и перечень МО, участвующих в проведении приведены в приложении 9.

3.8.3. Тарифы на профилактические медицинские осмотры определены по определенному Министерством здравоохранения РФ перечню осмотров и исследований, выполняемых при их проведении (стандарту законченного случая или осмотра).

Тарифы на профилактические осмотры взрослого населения и перечень МО, участвующих в проведении приведены в приложении 10.

Тарифы на прохождение несовершеннолетними профилактических, предварительных и периодических медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них и перечень МО, участвующих в проведении приведены в приложении 11.

3.8.4. Базовые тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи в УЕТ приведены в приложении 12.

3.8.5. Алгоритм определения подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в ФАП(ФП):

3.8.5.1. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в ФАП(ФП) в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{СР}}^{\text{ФАП}} = \frac{N_{\text{оср.перс}} \times N_{\text{фз проф}} \times Чз - O_{\text{МТР,ОМ}}}{Чз}, \text{ где:}$$

$N_{\text{оср.перс}}$ установленный базовой программой ОМС средний норматив объема медицинской помощи по посещениям среднего медицинского персонала (0,21 на 1-го застр.);

$N_{\text{фз проф}}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой ОМС, (358,7рублей);

ОС_{МТР,ОМ}

размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической целью за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта, на территории которого выдан полис ОМС, а также размер средств направляемый на оплату медицинской помощи в рамках обязательных мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан (894,46 тыс.рублей);

Чз

численность застрахованного населения, обслуживаемого ФАП и ФП (92,594тыс.человек).

$$\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{ФАП}} = \frac{0,21 \cdot 358,7 \times 92,594 - 894,46}{92,594} = 65,67 \text{ руб.}$$

3.8.5.2. Исходя из среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом в ФАП(ФП) в расчете на одно застрахованное лицо определяется месячный базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в ФАП(ФП) по следующей формуле:

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \frac{(\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{ФАП}} \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{ЕО}})}{\text{Чз}} / 12, \text{ где:}$$

ПН_{БАЗ}

базовый (средний) подушевой норматив финансирования на месяц, рублей;

ОС_{ЕО}

размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в ФАП(ФП) за единицу объема медицинской помощи.

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \frac{(65,67 \times 92,594 - 0)}{92,594} / 12 = 5,4725 \text{ руб.}$$

3.8.5.3. Месячный объем средств для финансирования медицинской организации по подушевому принципу определяется СМО по формуле:

$$\text{Офин.ФАП(ФП)} = \sum \text{ПН}_{\text{БАЗ}} * \text{КД}_{\text{ГВС}} i * \text{Ч}i, \text{ где:}$$

$KD_{ПВС} i$ - коэффициент расходов i -ой группы прикрепленных к ФАП(ФП)

(табл.1);

$Ч_i$ – численность прикрепленного населения в разрезе групп населения - определяется произведением численности населения прикрепленного к i - той МО, содержащей в своей структуре ФАП(ФП) (табл.2) и доли i – той группы населения по структуре (табл.1) (структура установлена на год, с учетом однородности ФАП(ФП)).

Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитана на основании фактических данных об объемах и стоимости медицинской помощи оказанной средним персоналом в ФАП(ФП) для каждой половозрастной группы за год.

Таблица 1

Относительные коэффициенты половозрастных затрат $KD_{ПВС}$ и структура населения, прикрепленного к ФАП(ФП)

| | Половозрастная дифференциация | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---------|----------|----------|------------------------|-----------|---------------------------------|-----------------|
| | моложе трудоспособного возраста | | | | трудоспособный возраст | | старше трудоспособного возраста | |
| | 0-4 года | | 5-17 лет | | 18-59 лет | 18-54 лет | 60 лет и старше | 55 лет и старше |
| | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. |
| $KD_{ПВС}$ | 0,563153 | 0,57118 | 0,22682 | 0,239387 | 1,197268 | 0,820349 | 2,561908 | 1,830182 |
| Структура населения на 2016г.(%) | 6 | 5 | 10 | 9 | 26 | 26 | 6 | 12 |

Таблица 2

Численность застрахованного населения, прикрепленного к ФАП(ФП) по МО на 2016год

| Наименование МО содержащей в своей структуре ФАПы (ФП) | Численность населения (чел.) |
|--|------------------------------|
| МБЛПУ "Адыге-Хабльская ЦРБ" | 5 971 |

| | |
|--|--------|
| МБУЗ "ЦРП Абазинского муниципального района" | 571 |
| МБЛПУЗ "Зеленчукская ЦРБ" | 6 444 |
| МБЛПУ "Карачаевская ЦГРБ" | 7 010 |
| МБЛПУ "Малокарачаевская ЦРБ" | 34 422 |
| МБУЗ "Краснокурганская участковая больница" | 364 |
| МБУЗ "ЦРП" Ногайского муниципального района | 1 366 |
| МЛПБУ "Прикубанская ЦРБ" | 12 536 |
| МБЛПУ "Усть-Джегутинская ЦРБ" | 6 601 |
| МБЛПУ "Урупская ЦРБ" | 4 112 |
| МБЛПУ "Хабезская ЦРБ" | 13 197 |
| Итого | 92 594 |

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи оказанной в ФАП(ФП) в обязательном порядке отражаются объемы медицинской помощи с указанием размера тарифа посещения к среднему персоналу.

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

«Коридор риска» - допустимый размер отклонения фактически выполненных объемов медицинской помощи, оказанной в ФАП(ФП), 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.

3.8.6. Алгоритм определения подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

3.8.6.1. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, определяется средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{N_{OСМП} \times N_{ФзСМП} \times Чз - O_{СМТР, тромболизис}}{Чз}, \text{ где:}$$

$N_{OСМП}$

средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой ОМС - 0,3 выз. на 1-го застрах.;

| | |
|-------------------------------|---|
| НФз _{СМП} | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне МО, установленный территориальной программой ОМС - 1747,7руб.; |
| ОС _{МТР,тромболизис} | размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне МО, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта, на территории которого выдан полис ОМС за вызов, а также расходы на вызовы с проведением тромболизиса, учитывая оплату скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса - за вызов скорой медицинской помощи - всего 27374 тыс.руб.; |
| Чз | численность застрахованного населения - 411523 чел. |

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{СМП}} = \frac{0,300 * 1747,7 \times 411,523 - 27374}{411,523} = 457,79 \text{руб.}$$

3.8.6.2. Исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется месячный базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, по следующей формуле:

$$\text{Пн}_{\text{БАЗ}} = \frac{(\Phi O_{\text{CP}}^{\text{СМП}} \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{В}})}{\text{Чз}} / 12, \text{ где:}$$

ОС_В размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне МО застрахованным в КЧР лицам за вызов - 179049,1 тыс.руб.

$$\text{Пн}_{\text{БАЗ}} = \frac{(457,79 \times 411,523 - 179049,1)}{411,523} / 12 = 1,89 \text{руб.}$$

3.8.6.3. Учитывая однородность МО, оказывающих скорую медицинскую помощь и отсутствие в субъекте других коэффициентов дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, месячный объем средств для финансирования скорой медицинской помощи вне МО застрахованным лицам по подушевому принципу рассчитывается по следующей формуле:

Офин.ск.пом. = $\sum \text{Пн}_{\text{БАЗ}} * \text{КД}_{\text{ПВС}} i * \text{Ч}i$, где:

$\text{КД}_{\text{ПВС}} i$ - коэффициент расходов i -ой группы, прикрепленной к i – той МО

(табл.3);

$\text{Ч}i$ – численность прикрепленного населения в разрезе групп населения - определяется произведением численности населения прикрепленного к i - той МО, оказывающей скорую медицинскую помощь вне МО (табл.4) и доли i – той группы населения по структуре (табл.3).

Величина относительных коэффициентов $\text{КД}_{\text{ПВС}}$ рассчитана на основании фактических данных об объемах и стоимости скорой медицинской помощи для каждой половозрастной группы за год.

Таблица 3

Относительные коэффициенты половозрастных затрат по скорой медицинской помощи $\text{КД}_{\text{ПВС}}$ и структура населения, прикрепленного к МО

| | Половозрастная дифференциация | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------|------------|------------|---------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------------|
| | моложе трудоспособного возраста | | | | трудоспособный возраст | | старше трудоспособного возраста | |
| | 0-4 года | | 5-17 лет | | 18-59 лет | 18-54 лет | 60 лет и старше | 55 лет и старше |
| | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. |
| $\text{КД}_{\text{ПВС}}$ | 1,816 2 | 1,5720 | 0,570 5 | 0,539 7 | 0,7108 | 0,728 | 1,7412 | 1,7247 |
| Структура населения на 2016г. (%) | 3,8 | 3,6 | 8,3 | 8,0 | 27,0 | 26,7 | 7,1 | 15,5 |

Таблица 4

Численность застрахованного населения, прикрепленного к МО по скорой медицинской помощи на 2016год

| Наименование МО, оказывающей скорую медицинскую помощь вне МО | Численность населения (чел.) |
|---|------------------------------|
| МБУЗ "Станция скорой медицинской помощи" | 109884 |
| МБЛПУ "Адыге-Хабльская ЦРБ" | 13645 |
| МБУЗ "ЦРП Абазинского муниципального района" | 14107 |
| МБЛПУЗ "Зеленчукская ЦРБ" | 45943 |

| | |
|---|--------|
| МБЛПУ "Карачаевская ЦРБ" | 51750 |
| МБЛПУ "Малокарачаевская ЦРБ" | 33650 |
| МБЛПУ "Правокубанская участковая больница" | 3156 |
| МБУЗ "Краснокурганская участковая больница" | 3886 |
| МБУЗ "ЦРП" Ногайского муниципального района | 14014 |
| МЛПБУ "Прикубанская ЦРБ" | 29100 |
| МБЛПУ "Усть-Джегутинская ЦРБ" | 47756 |
| МБЛПУ "Урупская ЦРБ" | 17952 |
| МБЛПУ "Хабезская ЦРБ" | 26680 |
| Итого | 411523 |

3.8.7. Стоимость i -той медицинской услуги определяется по формуле:

$$C_{i\text{усл}} = \sum G_i, \text{ где}$$

G_i - затраты, определенные для i -той медицинской услуги.

Стоимость услуги гемодиализа определена по рекомендованным Методическими рекомендациями по способам оплаты показателям, скорректированным с учетом средств, предусмотренных на проведение услуг гемодиализа лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

Тарифы на отдельные медицинские услуги приведены в приложении 13.

3.8.8. Стоимость одного законченного случая госпитализации, включенного в КСГ(КПГ) определяется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты по формуле:

$$C_{\text{сл.госп.}} = BC_{\text{стац}} * k_{\text{затр}} * k_{\text{ус}} * k_{\text{подур}} * k_{\text{слп}} * U_k, \text{ где}$$

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

$k_{\text{затр}}$ – коэффициент относительной затратно-емкости (коэффициенты утверждены настоящим Тарифным соглашением в таблице 2 приложения 2);

$k_{\text{ус}}$ – коэффициент уровня оказания стационарной помощи;

$k_{\text{подур}}$ – коэффициент подуровня оказания стационарной помощи (утверждены настоящим Тарифным соглашением в таблице 1 приложения 3);

$k_{\text{слп}}$ – коэффициент сложности лечения пациента;

U_k – управленческий коэффициент (учтены при определении базовых тарифов на ряд КПГ).

Базовая ставка законченного случая госпитализации в круглосуточном стационаре ($BC_{\text{стац}}$) на 2016 год составляет 17367,78 руб.

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

$$C_{\text{сл.леч.}} = BC_{\text{дн.стац}} * k_{\text{затр}}$$

Базовая ставка законченного случая лечения в условиях дневного стационара ($BC_{\text{дн.стац}}$) на 2016 год составляет 9349,1 руб.

Базовые тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях по уровням МО приведены в приложении 14,15,16.

3.8.10. Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема, установленных Программой госгарантий на 2016год (приложение 17).

3.8.11. Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара приведены в приложении 18.

3.8.12. Базовые тарифы на оплату скорой медицинской помощи вне МО приведены в приложении 19. Коэффициенты подуровня утверждены настоящим Тарифным соглашением в таблице 2 приложения 3 и применяются к базовым тарифам вызова скорой медицинской помощи вне МО, кроме вызовов с проведением тромболитической терапии.

3.8.13. Перечень МО по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи по видам помощи приведен в приложении 20.

4. 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

4.1. Оплата медицинской помощи производится с учетом результатов контроля утвержденных объемов в разрезе КСГ(КПГ), сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, проведенного в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденным 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».

4.2. Оплата за оказанную медицинскую помощь производится в соответствии с перечнем видов и профилей медицинской помощи, определенных в лицензии МО.

4.3. В случае невыполнения МО установленных объемов медицинской помощи, расходы, включенные в состав тарифов за невыполненный объем медицинской помощи не являются обязательством ТФОМС и СМО.

4.4. Корректировка объемов медицинской помощи осуществляется Комиссией.

Для корректировки объемов медицинской помощи, МО за 5 рабочих дней до окончания отчетного квартала обращается в Комиссию, которая в течение 3 рабочих дней с момента обращения МО, учитывая аргументированную необходимость, рассматривает возможность перераспределения объемов медицинской помощи.

4.5. Перечень дефектов/нарушений и размер санкций, применяемых к МО при оказании медицинской помощи, приведен в приложении 21.

5. Заключительные положения

5.1. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения на основании решения Комиссии.

5.2. Пересмотр (изменение) тарифов осуществляется в связи с изменениями территориальной программы ОМС, в том числе:

- изменением величины доходов и (или) расходов бюджета ТФОМС;
- изменением нормативных правовых актов РФ и нормативных правовых актов КЧР, регламентирующих штатную численность, оплату труда работников МО, приобретение расходных материалов, медикаментов и перевязочных средств, предметов медицинского назначения и медицинского инструментария, организацию питания, а также других расходов, финансируемых за счет средств ОМС;
- включением в систему ОМС новых видов, условий, профилей (специальностей) медицинской помощи;
- изменением структуры расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи;
- принятием в систему ОМС новых МО и их структурных подразделений;
- иными мероприятиями.

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

5.4. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2016г. и действует до принятия нового Тарифного соглашения.