

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме
территориальной программы обязательного медицинского страхования
Карачаево-Черкесской Республики на 2020 год

30.12.2019г.

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 30.12.2019 года №17, заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики на 2020 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 07.12.2019 №1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021-2022 годов» (далее - ПГГ РФ);
4. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС);
5. Письмом Минздрава России № 11-7/И/2-11779 и ФФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» с дополнениями направленными письмом Федерального Фонда ОМС от 13.12.2019 №17151/26-1/и (далее, соответственно – Методические рекомендации по способам оплаты и Инструкция);

6. Письмом Минздрава России от 24.12.2019 №11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее - Экономическое обоснование ТППГ);

7. Постановлением Правительства Карачаево-Черкесской Республики от 26.12.2019 года №336 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 и на плановый период 2021 и 2022 годов в Карачаево-Черкесской Республике» (далее - ТППГ КЧР);

8. Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (Перечь ЖНиВЛП), устанавливаемым в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

9. Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36;

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. 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);

2. 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);

3. Коэффициент относительной затроемкости (КЗ) - коэффициент отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к БС;

4. 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;

5. Управленческий коэффициент (КУ) - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ(КПП) с целью управления структурой госпитализаций и/или учета особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

6. 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;

7. Коэффициент дифференциации - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05 мая 2012 г. №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";

8. 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.

9. 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:

- комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров (включающий 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения);

- комплексные посещения для проведения диспансеризации;

- посещения с иными целями:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), (за исключением 1-го посещения);

- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

- разовые посещения в связи с заболеваниями;

- посещения центров здоровья;

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

- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

- посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами.

10. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных

посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента на лечение в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утверждаемой Минздравом России (далее – Талон).

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

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

В соответствии с ТППГ КЧР установлены следующие способы оплаты медицинской помощи:

1. При оплате медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии (далее – КТ), магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ), ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП/ФАП) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);

2. При оплате медицинской помощи, оказанной в 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 медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

3. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- 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 медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

4. 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 1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

1. 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 12,5 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);

➤ для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований назначение осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Ежедневно врачу предоставляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований, предоставляемых в конкретных МО.

Страховые медицинские организации принимают к оплате отдельные медицинские услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, и которого пациент выбрал в порядке прикрепления. Оплата осуществляется в пределах объемов, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В реестре счета МО, оказавшей данное исследование, необходимо указать информацию о МО, выдавшей направление и дате направления.

2. Перечень тарифов на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, а также средние тарифы для каждого метода указанных исследований установлены в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Минздравом Российской Федерации.

4. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения (в том числе мобильными медицинскими бригадами с применением передвижного медицинского комплекса), II этапа диспансеризации, осуществляется по тарифам, установленным приложением 3 и приложением 4 к Тарифному соглашению (в соответствующих редакциях);

5. Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в указанных ниже МО, единицей объема следует считать посещение с иными целями, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ:

- 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»;
- ООО «ДИА».

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 предьявляется к оплате как совокупная стоимость оказанных стоматологических лечебно-диагностических услуг врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения.

Стоматологическая лечебно-диагностическая услуга предьявляется 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 14 к настоящему Тарифному соглашению.

Кратность УЕТ в одном посещении с иными целями по стоматологии (выдача справок и иных медицинских документов и др.) устанавливается в размере 1,3 - взрослые и 1,57 – дети.

Кратность УЕТ в одном стоматологическом посещении с лечебной целью) устанавливается в размере 6,0.

Учитывая время на оказание одной УЕТ врачом (10 минут), 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 контрольно- экспертных 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 5 к настоящему Тарифному соглашению.

6. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение ФП/ФАП), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение МО, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

При этом размер финансового обеспечения МО, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ДП_{Н}^i \times Ч_3^i \times (1 - Д_{РД}) + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

$ОС_{ПН}$ финансовое обеспечение МО, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

$Д_{РД}$ доля средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

$ОС_{РД}$ размер средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Оценка МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется ежемесячно, и, при необходимости, может осуществляться по итогам квартала, полугодия, года по показателям, которым соответствует данный период оценки.

Показатели результативности деятельности, порядок их применения и целевые значения устанавливаются Тарифным соглашением в соответствии с приложением 24.

В МО необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными

правовыми актами.

7. Основные подходы к оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий на территории КЧР определен МЗ КЧР.

Затраты консультирующих МО и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, на проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий учитываются в коэффициенте подуровня оказания медицинской помощи.

Тариф на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий установлен для случаев, когда консультирующая МО и (или) структурные подразделения МО оказывают медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

8. Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП/ФАП, при условии соответствия их требованиям Минздрава России, установлен ТППГ КЧР.

Применение понижающего коэффициента размера финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающего до 100 человек, составляет 0,8 от размера финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающего от 100 до 900 жителей.

Применение повышающего коэффициента размера финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающего свыше 2000 человек, составляет 1,5 от размера финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей.

Применение понижающего коэффициента размера финансового обеспечения ФП/ФАП, не соответствующих требованиям, установленным Минздрава России, составляет 0,2 от соответствующего размера финансового обеспечения ФП/ФАП.

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. 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. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма», который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПП «Пульмонология».

Аналогично, оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей может осуществляться при госпитализациях на койки как по профилю «Онкология», так и по профилю «Гематология». 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.

4. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (подробности кодирования указанных состояний представлены в Инструкции).

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 законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи в условиях стационара осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Таблице 1

Таблица 1

| № КСГ | Наименование КСГ |
|--------------------------|---|
| Круглосуточный стационар | |
| st02.001 | Осложнения, связанные с беременностью |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортным исходом |
| st02.003 | Родоразрешение |
| st02.004 | Кесарево сечение |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st03.002 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| st05.006 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые* |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| st05.008 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе* |
| st05.009 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы* |
| st05.010 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети* |
| st05.011 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети* |
| st12.010 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые |
| st12.011 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)* |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)* |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2) |
| st19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)* |
| st19.028 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)* |
| st19.029 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)* |
| st19.030 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)* |
| st19.031 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)* |
| st19.032 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)* |
| st19.033 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)* |
| st19.034 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)* |
| st19.035 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)* |
| st19.036 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)* |
| st19.038 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| st19.056 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)* |
| st19.057 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)* |
| st19.058 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)* |
| st19.060 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые* |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| st27.012 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |
| st30.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1) |
| st30.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| st30.012 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3) |
| st30.014 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5) |
| st31.017 | Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| st32.002 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.016 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина* |
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов* |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |
| st36.012 | Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения |

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

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

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

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

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, и (или) проведена тромболитическая терапия, оплата производится:

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

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

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.

6. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая.

Оплата больных, переведенных в пределах стационара из одного отделения в другое, производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение МО, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Такие случаи оплачиваются по двум КСГ.

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», а также st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

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

O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

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

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

– случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

– этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)).

– проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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

7. 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.

8. 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.

9. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ st37.001-st37.013 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.008 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.

10. Процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) на территории субъекта не проводится.

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

12. Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией.

КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке.

Статья 8. Основные подходы к оплате ВМП

1. Оплата случая оказания ВМП осуществляется 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 по нормативу финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленным ПГГ РФ с учетом величины коэффициента дифференциации, и в соответствии с алгоритмом, представленным в Экономическом обосновании ПГГ РФ.

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 ПГГ 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.

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

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи в условиях дневных стационаров осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Таблице 2.

Таблица 2

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| ds02.001 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| ds02.006 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| ds02.007 | Аборт медикаментозный |
| ds05.003 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые* |
| ds05.005 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови 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 (уровень 1)* |
| ds15.003 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)* |
| 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 (уровень 10)* |
| ds19.030 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)* |
| ds19.031 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)* |
| ds19.032 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)* |
| ds19.028 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| ds19.029 | Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ |
| ds19.033 | Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования |
| ds19.035 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые* |
| 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 (уровень 2) |
| ds20.006 | Замена речевого процессора |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| ds25.001 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| ds27.001 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 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) |

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

3. 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. 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.

2. 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 ч.7 ст.35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ПТГ 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.

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 Методике расчета тарифов, 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, регулирующими 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».

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. 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 и стоимости медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории КЧР за пределами территории страхования.

Статья 14. 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 включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе первичную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, 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 диагностических (лабораторных) исследований (КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), ПЭТ КТ, лабораторных исследований АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр», ООО Инвитро-Ставрополье);

- расходов на финансовое обеспечение ФП/ФАП в соответствии с ТППГ КЧР;

- расходов на оплату медицинской помощи застрахованным на территории КЧР за единицу медицинской помощи, в том числе с применением телемедицинских технологий, в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за пределами КЧР застрахованным по ОМС на территории КЧР лицам.

3. 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 7 к настоящему Тарифному соглашению.

4. В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты и перечнем расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования определен размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования (таблица 1 приложения 8 к настоящему Тарифному соглашению).

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

- половозрастной состав (КДпвс) (таблица 4 приложения 8 к настоящему Тарифному соглашению);

- уровень расходов на содержание МО с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности с численностью населения до 50 тысяч

человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот) (перечень МО, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО с установлением значений по каждой МО и численностью обслуживаемого населения приведен в таблице 3 приложения 8 к настоящему Тарифному соглашению);

- достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения КЧР,

определены значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования с учетом коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для однородных групп МО (таблица 2 приложения 8 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. Перечень ФП/ФАП с указанием численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения и информации о соответствии/ несоответствии требованиям, установленным МЗ РФ приведен в приложении 23.

8. 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.

9. 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:

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

$BC_{\text{амб}}$ - 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 6 (таблицы 1,2,3) к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, приведены в приложениях 9,10,11 к настоящему Тарифному соглашению.

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, а также детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях и детей находящихся в трудной жизненной ситуации приведены в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, установлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи по УЕТ, установлены в приложении 15 к настоящему Тарифному соглашению.

Статья 15. Тарифы на оплату медицинской помощи по КСГ 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 7 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

2.2. Коэффициент относительной затратноности (КЗ);

2.3. Коэффициент дифференциации (учитывается в БС);

2.4. Поправочные коэффициенты:

- управленческий коэффициент (КУ);

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

- коэффициент сложности лечения пациента (кслп).

Базовая ставка, КУ и базовые тарифы на оплату медицинской помощи в условиях стационара приведены в приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению.

Базовая ставка, КУ и базовые тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара приведены в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

3. 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 медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара, с установлением

коэффициентов по каждому подуровню. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для групп МО и (или) структурных подразделений МО определены в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 21.11.2018 года №247 и приведены в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

4. 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 и Инструкцией.

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

Случаи, для которых установлен кСЛП соответствуют Инструкции, значения кСЛП приведены в Таблице 3.

Таблица 3

| № | 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 |

5. Коэффициенты относительной затратоёмкости КСГ в условиях стационара и дневного стационара соответствуют установленным Методическими рекомендациями по способам оплаты значениям и приведены в таблице 4,5 приложения 6 к настоящему Тарифному соглашению.

6. КУ учтен при определении базовых тарифов для определенных КСГ. Средневзвешенное значение КУ равно 1.

7. Перечни КСГ для круглосуточного стационара, к которым не применялись: КУС, понижающие КУ, повышающие КУ соответствуют перечням, определенным Инструкцией.

Статья 16. 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 ПГГ РФ с применением коэффициента дифференциации (установлен в размере 1,024).

Тарифы на оплату ВМП установлены в приложении 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Статья 17. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

1. Перечень расходов при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне МО, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

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

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии.

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 7 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 скорой медицинской помощи (таблица 1 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению).

4. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования и коэффициентов дифференциации определены значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для однородных групп МО (таблица 2 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению). Значения

относительных коэффициентов половозрастных затрат приведены в таблице 3 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению. Численность застрахованных лиц, обслуживаемых МО, представлена в таблице 4 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи оказанной вне МО за вызов приведены в приложении 20 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 18. 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 28.02.2019 № 36 «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, установленных Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 22 к настоящему Тарифному соглашению) (далее – Перечень).

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

$$C = H + C_{\text{шт}}, \text{ где:}$$

H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи;

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

$$H = PT \times K_{\text{но}}, \text{ где:}$$

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

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем.

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня), СМО осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

Размер штрафа, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = RP \times K_{\text{шт}},$$

- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{\text{шт}} = RP_{\text{А базовый}} \times K_{\text{шт}}, \text{ где:}$$

$RP_{\text{А базовый}}$ - базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

- при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{\text{шт}} = RP_{\text{СМП базовый}} \times K_{\text{шт}}, \text{ где:}$$

$RP_{\text{СМП базовый}}$ - базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

- при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$C_{шт} = РП_{СТ} \times K_{шт}, \text{ где:}$$

$РП_{СТ}$ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с Территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа ($K_{шт}$) устанавливается в соответствии с Перечнем.

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного СМО медико-экономического контроля МО вправе доработать и представить в СМО отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от СМО, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного МО счета на оплату медицинской помощи.

3. При проведении медико-экономического контроля 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 профилактических медицинских осмотров и диспансеризации с поквартальным распределением.

При обнаружении вышеуказанных дефектов к МО применяется код 5.2.4. Перечня.»

V. Заключительные положения

Статья 19. Срок действия Тарифного соглашения и порядок внесения в него изменений

1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты его подписания уполномоченными представителями сторон и распространяет свое действие на отношения, возникшие с 01 января 2020 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.

5. Изменения в настоящее Тарифное соглашение оформляются протоколом Комиссии и подписываются уполномоченными представителями организаций, представленных в составе Комиссии, и участвовавших в разработке настоящего Тарифного соглашения.

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

Статья 20. 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 21. 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

_____ К.А. Шаманов
_____ 2019года

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Карачаево-Черкесской Республики

_____ А.С. Джанкезов
_____ 2019года

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

_____ Б. Х-А. Гочияев
_____ 2019года

Председатель Карачаево-Черкесской
республиканской организации профсоюза
работников здравоохранения

_____ А.М. Тебуев
_____ 2019года

Председатель Некоммерческого
партнерства «Медицинская палата
КЧР»

_____ З.Д. Хунов
_____ 2019года