

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме
территориальной программы обязательного медицинского страхования
Карачаево-Черкесской Республики на 2021 год

30.12.2020г.

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 30.12.2020 года №15, заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики на 2021 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» (далее - Федеральный закон №326-ФЗ);
3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 №2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022-2023 годов» (далее - ППГ РФ);
4. Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на

осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462);

5. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС);

6. Совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 года №11-7/И/2-20621/№00-10-26-2-04/11-51 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации по способам оплаты);

7. Постановлением Правительства Карачаево-Черкесской Республики от 30.12.2020 года №308 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 и на плановый период 2022 и 2023 годов в Карачаево-Черкесской Республике» (далее - ТППГ КЧР);

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

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

10. Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, определенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020г. №1397н (далее – Требования).

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. Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

2. 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);

3. 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 без учета коэффициента дифференциации);

4. Коэффициент относительной затроемкости оказания медицинской помощи по КСГ (КЗ) - коэффициент отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к БС;

5. Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУС) - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, отражающий разницу в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий;

6. Коэффициент специфики (КС) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

7. 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;

8. Коэффициент дифференциации (КД) - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462 (установлен в размере 1,019);

9. 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.

10. 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;

- 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.

11. 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 ТПГГ КЧР

В соответствии с ТПГГ 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, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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, за посещение, за обращение (законченный случай);

при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии - за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу;

при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами - по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

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 в разрезе условий оказания медицинской помощи и способы оплаты, применяемые для оплаты медицинской помощи приведен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

III Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Статья 6. 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», ППГ РФ и приказом МФ РФ от 29.11.2017 №209н (в актуальной редакции).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, 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), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников МО, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

2. 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.

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

4. 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 7. 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).

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

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.

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 8. Тарифы и основные подходы к оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется за услугу диализа. При проведении услуги диализа, 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 расчета услуг различных методов диализа, к установленному настоящим Тарифным соглашением базовому тарифу на оплату гемодиализа (без учета коэффициента дифференциации), 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 (29,8%).

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

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, при наличии медицинских показаний в сроки установленные Программой.

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.

Порядок направления на отдельные диагностические (лабораторные) исследования устанавливается нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики.

3. Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также базовые нормативы финансовых затрат и коэффициенты, применяемые для определения стоимости для каждого метода указанных исследований, установлены в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

4. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации определены в соответствии с объемом медицинских исследований по Методике расчета тарифов.

Показатели результативности деятельности, порядок их применения и целевые значения устанавливаются в соответствии с приложением 24 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (в зависимости от работы в выходные дни, и использования мобильных медицинских бригад с применением передвижного медицинского комплекса), II этапа диспансеризации, установлены приложением 3 и приложением 4 к настоящему Тарифному соглашению;

6. Оплата тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), а также в целях плановой госпитализации пациентов, включается в размер подушевого финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется в соответствии с тарифом, установленным приложением 2 настоящего Тарифного соглашения.

7. 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 «ЭЛЯ».

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.

8. 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 уровня оказания медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий для медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население, а также для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов приведены в приложении 2 настоящего Тарифного соглашения.

9. 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 Минздравом России, составляет 0,2 от соответствующего размера финансового обеспечения ФП/ФАП.

10. 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 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.

11. Размер среднего подушевого норматива финансирования 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.

12. 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 ПНБаз и дифференцированных подушевых нормативов (таблица 1 приложения 8 к настоящему Тарифному соглашению) рассчитанных с применением коэффициентов дифференциации: коэффициент приведения ПР_{амб.}, коэффициент специфики КС_{мо}, коэффициент уровня КУ_{мо}, коэффициент, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала КД_{от}.

Относительные коэффициенты половозрастных затрат КД_{пв} приведены в таблице 2 приложения 8 к настоящему Тарифному соглашению.

13. 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.

14. Перечень ФП/ФАП с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового и месячного размера финансового обеспечения и информации о соответствии/ несоответствии требованиям, установленным МЗ РФ приведен в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

15. 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 5 и 12 к настоящему Тарифному соглашению.

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

16. 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.

17. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи. Стоимость *i*-той единицы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях определяется по следующей формуле:

$$C_{iамб} = БНФ_{об_амб} * k_{стоим_i}, \text{ где}$$

БНФ_{об_амб} - размер базового норматива финансовых затрат на оплату единицы медицинской помощи;

кстоим_i; - относительный коэффициент стоимости i-той единицы медицинской помощи, установлены 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 приложении 9,10,11 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Статья 9. Тарифы и основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ определяющие стоимость законченного случая лечения (кроме ВМП)

1. 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.

2. 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.

3. 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

Методических рекомендациях по способам оплаты).

4. 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
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном ваноше*
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st08.003	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 (уровень1)*
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)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.062	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.063	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.064	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.065	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.066	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.067	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.068	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.069	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.070	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.071	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.072	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.073	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.074	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.090	ВНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
st19.094	ВНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ВНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ВНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
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*

№ КСГ	Наименование КСГ
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

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

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
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
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
ds19.037	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.038	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.039	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.040	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.041	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.042	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.043	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.044	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*

ds19.045	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.046	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.047	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
ds19.048	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.049	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.063	ВНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
ds19.067	ВНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ВНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ВНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
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*

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

5. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, приведен в Методических рекомендациях по способам оплаты.

6. В случае если пациенту не было выполнено хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия (при инфаркте миокарда, или инфаркте мозга), оплата производится:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 20 %, от стоимости КСГ.
- при длительности лечения более 3-х дней - в размере 65 % от стоимости 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 КСГ;

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

7. 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 Методическими рекомендациями по способам оплаты.

8. 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.

9. 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.

10. 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 соответствующей КСГ.

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

Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 и КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 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. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации

медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 года №788н.

12. Оплата 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, являющейся поводом для госпитализации, в рамках одного случая лечения. При этом в период лечения, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

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

14. 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, поданной КСГ, также является лечение на геронтологической профильной койке.

15. Оплата случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.

КСГst12.015-st12.019 формируется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с классификационными критериями, отражающими тяжесть течения заболевания или признак долечивания пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (ID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Каждой степени тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Коэффициенты относительной затратно-емкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелому, тяжелому и крайне тяжелому течению заболевания, учитывают период долечивания пациента.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода пациента на долечивание:
- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» вне зависимости от длительности лечения (за исключением сверхдлительных случаев госпитализации).

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным Тарифным соглашением.

16. Размер среднего подушевого норматива финансирования 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.

17. Расчет стоимости одного законченного случая лечения по КСГ (за исключением случаев госпитализации взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований) осуществляется, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, по следующей формуле:

$$\text{Сксг} = \text{БС} * \text{КЗ} * \text{КС} * \text{КУС} * \text{кСЛП} * \text{КД}$$

кСЛП при оказании высокотехнологичной медицинской помощи и медицинской реабилитации не предусмотрено.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$\text{Сксг} = \text{БС} * \text{КЗ} * ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} * \text{КС} * \text{КУС} * \text{кСЛП} * \text{КД}), \text{ где:}$$

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД). Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ приводится в Таблице 3.

Таблица 3

Код КСГ	Наименование КСГ	Доля зар.платы и прочих расходов
	Круглосуточный стационар	

st19.062	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	50,51%
st19.063	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	39,68%
st19.064	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	23,68%
st19.065	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	16,19%
st19.066	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	22,80%
st19.067	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	21,32%
st19.068	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	17,54%
st19.069	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	20,55%
st19.070	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	31,40%
st19.071	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	7,19%
st19.072	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	1,89%
st19.073	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	2,44%
st19.074	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	0,73%
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	71,77%
st19.095	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	71,77%
st19.096	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	71,77%
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	34,55%
st19.098	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	46,64%
st19.099	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	53,90%

	терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	13,18%
st19.101	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	22,12%
st19.102	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	28,24%
Дневной стационар		
ds19.037	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	11.93%
ds19.038	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	5.99%
ds19.039	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	29.39%
ds19.040	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	3.23%
ds19.041	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	4.14%
ds19.042	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	3.97%
ds19.043	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	3.96%
ds19.044	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	3.76%
ds19.045	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	5.39%
ds19.046	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	6.78%
ds19.047	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	0.43%
ds19.048	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	0.32%
ds19.049	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	0,67%
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная	36.19%

	терапия, взрослые (уровень 1)	
ds19.068	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	36.19%
ds19.069	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	36.19%
ds19.070	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 4)	36.19%
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	3.37%
ds19.072	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	9.56%
ds19.073	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	16.32%
ds19.074	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	20.69%
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	0.82%
ds19.076	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	2.73%
ds19.077	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 7)	5.68%
ds19.078	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 8)	8.41%

Перечень КСГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара приведен в таблицах 4, 5 приложения 6 настоящего Тарифного соглашения в соответствии с перечнем КСГ, приведенным в ППГ РФ.

Базовая ставка (без учета КД и с учетом КД), КС и базовые тарифы на оплату медицинской помощи в условиях стационара приведены в приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению.

Базовая ставка (без учета КД и с учетом КД), КС и базовые тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара приведены в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

Значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи по условиям оказания к соответствующей базовой ставке, исключая влияние применяемых КЗ, КС, и кСЛП установлены в пределах установленных Требованиями.

18. 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 могут выделяться подуровни оказания медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара, с установлением коэффициентов по каждому подуровню. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи для групп МО и (или) структурных подразделений МО определены в соответствии с Требованиями и приведены в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

19. 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.

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

Случаи, для которых установлен кСЛП соответствуют Методическим рекомендациями по способам оплаты, значения кСЛП приведены в Таблице 4.

Таблица 4

№	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)	1,2
4	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки)	1,02
5	Сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении (в случае госпитализации на геронтологические профильные койки пациента с основным диагнозом, не включенным в перечень диагнозов, определенных КСГ «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»)	1,2
6	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, в том числе с COVID – 19 (перечень указанных заболеваний и состояний представлен в Методических рекомендациях по способам оплаты)	1,5
7	Необходимость развертывания индивидуального поста помедицинским показаниям	1,2
8	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения (по перечню возможных сочетаний КСГ, определенному Методическими рекомендациями по способам оплаты)	1,5

9	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (критерии применения КСЛП установлены Методическими рекомендациями по способам оплаты)	1,5
10	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций установлен Методическими рекомендациями по способам оплаты)	1,3
11	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах установлен Методическими рекомендациями по способам оплаты)	1,3
12	Проведение молекулярно - генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований	1,1
13	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (критерии применения КСЛП установлены Методическими рекомендациями по способам оплаты)	1,5

Статья 10. Тарифы и 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 оказания ВМП, с учетом применения коэффициента дифференциации к доле расходов на заработную плату в составе норматива финансовых затрат на единицу объема оказания ВМП, установленных ПТГ 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 ПТГ 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.

Расчет тарифа на оплату ВМП осуществляется по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в структуре затрат на оказание ВМП, значения которых принимаются в соответствии с приложением №1 к ПТГ РФ.

Тарифы на оплату ВМП и доля заработной платы в структуре затрат на оказание ВМП приведены в приложении 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Статья 11. Тарифы и 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.

3. 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.

4. Размер среднего подушевого норматива финансирования 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.

5. 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 подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и дифференцированных подушевых нормативов финансирования с применением коэффициентов дифференциации (таблица 1 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению). Значения относительных коэффициентов половозрастных затрат приведены в таблице 2 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению. Численность застрахованных лиц, обслуживаемых МО, представлена в таблице 3 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению.

6. 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 12. 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:

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

Н - 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:

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

- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

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

$\text{РП}_{\text{А базовый}}$ - 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:

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

$\text{РП}_{\text{СМП базовый}}$ - 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;

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

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

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

$\text{РП}_{\text{СТ}}$ - 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;

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

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

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.

V. Заключительные положения

Статья 13. 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 2021 года в сфере обязательного медицинского страхования на территории Карачаево-Черкесской Республики.

2. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы обязательного медицинского страхования.

3. 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.

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

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

Статья 14. 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 15. 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.

сети

ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Министр здравоохранения
Карачаево-Черкесской Республики


К.А. Шаманов
2020года

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


Б. Х. А. Гочияев
2020года

Председатель Некоммерческого
партнерства «Медицинская палата
КЧР»


З.Д. Хунов
2020года

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Карачаево-Черкесской Республики


А.С. Джанкезов
2020года

Председатель Карачаево-Черкесской
республиканской организации профсоюза
работников здравоохранения


А.М. Тебueв
2020года