**Соглашение о тарифах**

**СОГЛАШЕНИЕ О ТАРИФАХ**

**на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Северная Осетия-Алания**

**г. Владикавказ        «27»января 2014 года**

Министерство здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, в лице Министра здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, Селиванова Владимира Анатольевича, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания, в лице директора, Томаева Таймураза Анатольевича, Общество с ограниченной ответственностью «Росгосстрах — Медицина» «Росгосстрах-Северная Осетия-Медицина», в лице директора филиала, Такоева Таймураза Керменовича, действующее на основании доверенности №85/12 от 20.12.2012г., Общество с ограниченной ответственностью «Солидарность для жизни», в лице директора филиала, Батырова Ермака Агубеевича, действующее на основании доверенности №32 от 28.04.2012г., Ассоциация медицинских работников Республики Северная Осетия – Алания, в лице Астаховой Замиры Тотарбековны, Профсоюзы работников здравоохранения в лице Председателя профсоюзов, Торчинова Николая Султановича, вместе именуемые сторонами, в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон) заключили настоящее соглашение о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Северная Осетия — Алания (далее — тарифное соглашение) о нижеследующем:

**1. Предмет соглашения**

1.1. Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования (далее соответственно — тариф, ОМС) в Республике Северная Осетия-Алания.

1.2. Настоящее тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских и медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Северная Осетия-Алания на соответствующий финансовый год, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (далее соответственно – страховая медицинская организация, медицинская организация, Территориальная программа), возникающие при формиро­вании тарифов и их приме­нении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

1.3. Настоящее тарифное соглашение устанавливает общие принципы и порядок формирования тарифов.

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

**2. Общие принципы и порядок формирования тарифов**

2.1. Формирование тарифов осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и с учетом нижеследующего:

структура тарифа установлена Федеральным законом и Территориальной программой на соответствующий финансовый год;

способы оплаты медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, устанавливаются Территориальной программой на соответствующий финансовый год;

тарифы формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения и включают виды затрат (расходов), компенсируемых средствами ОМС согласно Территориальной программе на соответствующий финансовый год (включенных в структуру тарифа).

2.2. Тарифы рассчитываются Комиссией по согласованию тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания (далее — Комиссия):

на одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения;

на один вызов скорой медицинской помощи;

на медицинскую услугу по видам медицинских услуг, определенным Территориальной программой на соответствующий финансовый год и стоматологических услуг (УЕТ), оказываемых за счет средств ОМС;

за пролеченного больного (тариф обращения в амбулаторно-поликлиническое учреждение, тариф законченного случая по диспансеризации, тариф законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую (профильную) группу) (далее соответственно — тариф КСГ (КПГ), КСГ);

на основе подушевого норматива финансирования на застрахованных лиц (далее — ПдНФ).

2.3. Тарифы дифференцируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, по профилям врачебных специальностей, методам лечения, цели обращения за медицинской помощью, а также в зависимости от возраста пациента с учетом уровня оказания медицинской помощи.

2.4. Для дифференциации тарифов могут применяться следующие коэффициенты дифференциации:

коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КфУР), которым учитывается ресурсоемкость применяемой технологии лечения в зависимости от оснащенности медицинской организации, уровня квалификации персонала медицинской организации и т.п.;

коэффициент потребления медицинской помощи (КфПТ), которым учитывается ресурсоемкость оказываемой медицинской помощи в зависимости от возраста пациента с учетом его половой принадлежности;

коэффициент сложности курации пациента (КфСК), которым учитывается ресурсоемкость оказываемой медицинской помощи в зависимости от наличия сопутствующего заболевания, опасных для жизни состояний, осложнений основного заболевания, тяжести состояния пациента, создания в отдельных случаях по медицинским показаниям особых условий наблюдения за пациентом;

коэффициент затратоемкости оказания медицинской помощи (КфЗТ), которым учитываются индивидуальные особенности организации оказания медицинской помощи в данной медицинской организации или на данной территории, или индивидуальная потребность в увеличении финансового обеспечения расходов при оказании медицинской помощи, обусловленная объективными причинами;

коэффициент управленческой коррекции (КфУК), которым тарифы дифференцируются в целях, установленных Территориальной программой на соответствующий финансовый год.

**3. Формирование затрат в тарифе**

3.1. Средствами ОМС компенсируются включенные в структуру тарифа и обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС следующие расходы медицинских организаций:

расходы на оплату труда (расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты);

расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий;

расходы на приобретение мягкого инвентаря;

расходы на приобретение продуктов питания;

хозяйственные расходы.

3.2. В целях описания структуры тарифа и реализации настоящего тарифного соглашения используются терминология, группировка расходов и их классификация по статьям (подстатьям) или группам расходов согласно классификации операции, осуществляемых в секторе государственного управления, устанавливаемой приказами Министерства финансов Российской Федерации.

3.3. **Расходы на оплату труда** в медицинских организациях определяются в соответствии с действующими в сфере оплаты труда нормативными правовыми актами Российской Федерации и Республики Северная Осетия-Алания.

3.4. Расходы на оплату труда включают выплаты заработной платы персоналу, непосредственно участвующему в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), подлежащей оплате за счет средств ОМС, в том числе вспомогательного медицинского персонала (далее — медицинский персонал), согласно порядкам оказания медицинской помощи, нормативным показателям использования коечного фонда, нормам нагрузки на одну врачебную должность, нормам времени и т.д. исходя из установленных объемов медицинской помощи по ОМС.

3.5. Расходы на оплату труда административно-управленческого, административно-хозяйственного и иного персонала, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи по ОМС, но необходимого для обеспечения деятельности медицинской организации (далее — общеучрежденческий персонал) включаются в состав компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда пропорционально доле медицинской помощи по ОМС в общем объеме оказываемых в медицинской организации услуг.

3.6. 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.

3.7. В состав компенсируемых средствами ОМС расходов на заработную плату включаются:

выплаты по должностным окладам (тарифным ставкам);

повышение должностного оклада по занимаемой должности, устанавливаемое работникам в зависимости от отнесения к квалификационному уровню;

надбавки к должностному окладу в соответствии с действующей в медицинской организации системой оплаты труда;

выплаты компенсационного характера, обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС;

выплаты стимулирующего характера, обусловленные достижением работником показателей и критериев эффективности при оказании медицинской помощи по ОМС, с учетом показателей эффективности деятельности медицинской организации, в том числе премии (за качество выполняемых работ, выплаты по итогам работы, за выполнение особо важных и ответственных (срочных) работ, премирование руководителей).

3.8. Кроме того, в состав компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда включаются расходы по осуществлению не относящихся к заработной плате дополнительных выплат и компенсаций работникам, обусловленных условиями трудовых отношений, статусом работников в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее — прочие выплаты), в том числе:

суточные при служебных командировках;

ежемесячные компенсационные выплаты в размере 50 рублей работникам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, назначаемые и выплачиваемые в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 03.11.1994 № 1206 «Об утверждении порядка назначения и выплаты ежемесячных компенсационных выплат отдельным категориям граждан»;

компенсационные выплаты в размере, эквивалентом стоимости молока или других равноценных пищевых продуктов, работникам медицинских организаций, занятым на работах с вредными условиями труда, аттестованных в установленном порядке[1](http://skfoms.ru/normdoc/other/837--25012013#sdfootnote1sym).

3.9. Расходы на оплату труда работников федеральных казенных учреждений здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи по ОМС, осуществляются в соответствии с нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, в ведомственном подчинении которых находятся соответствующие казенные учреждения.

3.10.Расходы по начислениям на оплату труда учитываются при расчете величины расходов на оплату труда в установленных законодательством Российской Федерации размере в процентах к фонду оплаты труда по следующим видам начислений:

страховые взносы в Пенсионный фонд Российской Федерации на обязательное пенсионное страхование;

страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством;

страховые взносы в Фонд социального страхования РФ на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (по ставке 0,2 процента);

страховые взносы на обязательное медицинское страхование.

3.11. За счет средств ОМС приобретаются лекарственные препараты для медицинского применения, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее — Перечень ЖНиВЛП), и медицинские изделия, которые предусмотрены СМП, а также предусмотренные формулярами лекарственного обеспечения лечебного процесса, разрабатываемыми медицинскими организациями на основе СМП с учетом перечней лекарственных средств и медицинских изделий, рекомендованных межведомственной формулярной комиссией, созданной министерством.

Расходы на приобретение лекарственных препаратов, не включенных в Перечень ЖНиВЛП или в разработанные медицинской организацией формуляры, производятся при оказании медицинских услуг пациентам в соответствии с решением врачебной комиссии медицинской организации, оформленным соответствующим протоколом, а при экстренных и неотложных состояниях — в соответствии с решением заместителя главного врача по лечебной работе, зафиксированным в медицинской документации

3.12.В тарифы включаются расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи по ОМС (далее — **расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий**), которые включают в себя затраты медицинской организации по приобретению:

лекарственных препаратов и иных лекарственных средств, используемых для оказания медицинской помощи по ОМС (в том числе питательных смесей для энтерального питания), медицинских изделий;

кровезаменителей;

реактивов и химикатов, стекла и химпосуды (в том числе тары лекарственных средств, изготавливаемых в медицинской организации для обеспечения собственного лечебного процесса);

медицинских инструментов со сроком полезного использования менее 12 месяцев (под медицинским инструментарием подразумеваются продукция медицинского назначения, относимая «ОК 005-93. Общероссийский классификатор продукции», утвержденным постановление Госстрандарта Российской Федерации от 30.12.1993 № 301, по коду 943000 «Инструменты медицинские»[2](http://skfoms.ru/normdoc/other/837--25012013#sdfootnote2sym), кроме кодов 943830 «Изделия коррегирующие», 943950 «Инструменты для ветеринарии»);

средств для дезинфекции медицинского инструментария и оборудования, обработки кожных покровов;

перевязочных средств в соответствии с рекомендованными нормативами потребления, утвержденными приказом Министерства здравоохранения СССР от 28.08.1985 № 1145;

медицинских изделий и других расходных материалов, включенных в СМП;

медицинских изделий и других расходных материалов разового использования при оказании медицинских услуг, в числе которых:

1) бумага со специальными чувствительными слоями;

2) бумага и картриджи, применяемые в медицинском оборудовании при оказании медицинских услуг;

3) гели и средства контактные для диагностики;

4) кислород для медицинских целей;

5) пеленки и подгузники бумажные при оказании медицинской помощи детям и больным, находящимся в отделениях реанимации;

6) халаты, шапочки, бахилы медицинские и т.п.;

3.13.В тарифы включаются **расходы на приобретение продуктов питания**дляобеспечения питаниемпациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе специализированных продуктов детского питания*(*молочных смесей) детям первых двух лет жизни, находящимся на прикорме и искусственном вскармливании, специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых технологической обработке (белковых композитных сухих смесей), а также для обеспечения выдачи молока работникам медицинских организаций, занятым на работах с вредными условиями труда, аттестованных в установленном порядке[4](http://skfoms.ru/normdoc/other/837--25012013#sdfootnote4sym). Также в тарифы включаются **расходы** по организации питания пациентов при отсутствии организованного питания в медицинской организации.

3.14. В тарифы включаются **расходы на приобретение** **мягкого инвентаря** для пациентов и медицинского персонала медицинской организации в соответствии с табелем оснащения и нормами бесплатной выдачи санитарной одежды (с учетом приказов Министерства здравоохранения СССР от 29.01.1988 № 65, от 15.09.1988 № 710).

3.15.В состав компенсируемых за счет средств ОМС затрат на оказание медицинской помощи кроме того, включаются необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации следующие **хозяйственные расходы**:

расходы по оплате услуг связи, транспортных и коммунальных услуг;

расходы по оплате работ, услуг, связанных с содержанием имущества за исключением капитального ремонта объектов капитального строительства и реставрации нефинансовых активов;

прочие расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, за исключением научно-исследовательских, опытно-конструкторских, опытно-технологических, геолого-разведочных работ, услуг по типовому проектированию, проектных, изыскательских и иных видов работ, связанных с работами по проектированию, строительству или контролю за реконструкцией, строительством, ремонтом объектов капитального строительства;

расходы на арендную плату за пользование имуществом;

расходы по оплате программного обеспечения и прочих услуг;

социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;

прочие расходы, в том числе расходы по уплате налогов (включаемых в состав расходов), государственных пошлин и сборов, различного рода платежей в бюджеты всех уровней;

расходы по увеличению стоимости материальных запасов, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

расходы на приобретение оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

3.16.Кредиторская задолженность, сформировавшаяся при осуществлении хозяйственных расходов в периоды до перевода медицинской организации на преимущественно одноканальное финансирование в системе ОМС, не подлежит погашению за счет средств, поступивших в медицинскую организацию через структуру тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС.

3.17.Не учитываются при расчете тарифов, но могут осуществляться за счет средств ОМС, расходы по оплате:

консультации врачами стационара больных в других стационарных отделениях одной медицинской организации;

лабораторных и инструментальных исследований проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования).

Взаиморасчеты медицинских организаций должны осуществляться на основании заключаемых договоров. Договорная стоимость заказываемых медицинских услуг не может превышать рекомендованные министерством и фондом тарифы при осуществлении взаиморасчетов. До установления тарифа, рекомендуемого для взаиморасчетов, медицинские организации рассчитывают максимальную цену услуг самостоятельно по правилам формирования тарифа в системе ОМС.

3.18.Расходы, осуществляемые медицинской организацией за счет средств ОМС, не включают в себя средства на приобретение:

лекарственных средств для льготного обеспечения необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан при амбулаторном лечении;

оптических стекол и оправ;

вакцин, используемых при проведении профилактических прививок в рамках Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

донорской крови и ее компонентов;

материалов для зубопротезирования;

лекарственных средств для научных исследований, клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий;

иных расходов, для которых предусмотрены иные источники финансового обеспечения.

3.19.Расходы медицинских организаций, не предусмотренные Территориальной программой в структуре тарифа, осуществляются:

федеральными казенными, бюджетными или автономными учреждениями, государственными и муниципальными автономными или бюджетными учреждениями — за счет средств соответствующих бюджетов;

иными медицинскими организациями, в том числе иных форм собственности — за счет иных средств.

**4. Порядок и условия применения тарифов**

4.1. Тарифы применяются с даты, определенной настоящим соглашением (далее — дата введения тарифов), и действуют в течение финансового года. При введении в течение финансового года новых тарифов ранее действовавшие тарифы не подлежат применению.

Тарифы применяются в соответствии с правилами, установленными настоящим разделом тарифного соглашения. При формировании стоимости законченного случая оказания медицинской помощи применяются тарифы, действующие на момент окончания лечения.

Тарифы могут корректироваться способом введения коэффициентов увеличения (уменьшения) стоимости медицинской помощи. При установлении коэффициентов увеличения (уменьшения) стоимости медицинской помощи тарифы применяются с соответствующим коэффициентом с даты его введения.

В случае неустановления тарифов к началу финансового года срок действия ранее утвержденных тарифов может быть продлен, о чем сторонами заключается дополнительное соглашение к настоящему соглашению.

4.2. **Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях**, кроме случаев установленных пунктами 4.6 и 4.8 настоящего тарифного соглашения, предъявляется к оплате по установленной стоимости обращения.

4.3. Посещение — это контакт пациента с врачом по любому поводу с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом). Посещение среднего медицинского персонала подлежит оплате в случае ведения самостоятельного приема с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного.

4.4. В целях реализации настоящего тарифного соглашения применяется следующая классификация посещений по цели обращения за медицинской помощью:

4.4.1.Лечебно-диагностическое посещение (при оказании медицинской помощи, не требующей экстренных или неотложных мероприятий), в том числе:

первичное — посещение по поводу заболевания или его выявления, включая необходимые диагностические обследования, консультации врачей-специалистов;

посещение на дому — посещение по поводу заболевания пациента на дому врачом (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием).

4.4.2.Посещение по поводу процедур, манипуляций — посещение врача (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием) по поводу процедур или манипуляций, сопровождаемое назначением и(или) выполнением лечения, записями динамического наблюдения, постановкой диагноза и другими записями в медицинской документации на основании наблюдения за пациентом.

4.4.3.Профилактическое посещение — посещение, не связанное с заболеванием, в том числе:

осмотр отдельных контингентов здорового населения (дети первых шести лет жизни, школьники, подростки (юноши и девушки), женщины с нормально протекающей беременностью);

посещение по поводу проведения прививок в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и Календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

осмотр здорового населения.

4.4.4.Диспансерное посещение — случай поликлинического обслуживания, связанный с диспансерным приемом здоровых граждан, наблюдением за больными хроническими или отдельными формами острых заболеваний, а также посещения диспансерным контингентом в период ремиссии, в связи с оформлением документов для медико-социальной экспертизы или санаторно-курортного лечения.

4.4.5.Патронаж — активное посещение диспансерных больных по инициативе врача (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием), наблюдение на дому беременных и матерей в первое время после родов, наблюдение новорожденных и детей до трех лет жизни.

4.4.6.Консультативное посещение — случай поликлинического обслуживания, выполненный по направлению лечащего врача к врачу-специалисту по поводу уточнения диагноза, обследования, лечения или коррекции всей тактики ведения больного внутри одной медицинской организации.

4.4.7.Посещение в связи с оказанием неотложной помощи — случай оказания медицинской помощи в неотложной форме больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе на дому.

4.4.8.Прочее посещение — посещение, не связанное с заболеванием и обследованием пациента (для повторной выписки рецепта, закрытия листка нетрудоспособности по уходу за больным и т.п.).

4.5. Два и более посещения в один день к врачу (специалисту со средним медицинским образованием, ведущему самостоятельный прием) одной специальности (профиля) в одной медицинской организации предъявляются к оплате как одно посещение, кроме посещений к врачам центров здоровья или повторных посещений для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, которые предъявляются к оплате по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу посещения.

Оплате как посещение не подлежат:

консультации врачами поликлиник больных, находящихся на лечении в стационарных условиях, при наличии в структуре медицинской организации (отделения медицинской организации, оказывающего медицинскую помощь в стационарных условиях) врачей соответствующего профиля;

консультации (в пределах одной медицинской организации) амбулаторных больных врачами отделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

4.6. При расчетах за оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях по тарифу посещения оплачиваются случаи оказания медицинской помощи:

однократного посещения пациентом амбулаторно-поликлинического учреждения, соответствующего структурного подразделения больничного учреждения или другой медицинской организация, в том числе оказывающего специализированную медицинскую помощь;

проведения комиссионных профилактических осмотров здоровых детей, не достигших 18 лет, в соответствии с нормативными правовыми актами;

проведения профилактических осмотров студентов и учащихся образовательных учреждений высшего, среднего и начального профессионального образования дневной формы обучения старше 18 лет;

выполнения диспансерного наблюдения беременных женщин;

посещения при диспансерном наблюдении (включая необходимые диагностические исследования);

посещения по поводу проведения прививок в соответствии с Национальным календарем прививок и Календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям (финансовое обеспечение приобретения иммунобиологических препаратов предоставляется за счет средств соответствующих бюджетов в соответствии с законодательством Российской Федерации).

4.7. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан ( диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации четырнадцатилетних подростков) предъявляется к оплате по установленной настоящим тарифным соглашением стоимости обращения при условии выполнения стандарта соответствующей диспансеризации, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

4.9.**Законченный случай оказания медицинской помощи, предоставляемой в стационарных условиях или в условиях дневного стационара,** предъявляется к оплате по тарифу КПГ (КСГ), а в установленных настоящим тарифным соглашением случаях — за фактическое количество дней лечения пропорционально тарифу КПГ (КСГ)

4.10.Законченный случай оказания медицинской помощи, предоставляемой в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, предъявляется к оплате по тарифу КПГ (КСГ), при условии достижения результата обращения за медицинской помощью.

4.11.Законченный случай повторного оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара по тому же поводу в течение 60 дней после окончания лечения предъявляется к оплате по тарифу КПГ (КСГ), с коэффициентом 0,5, кроме следующих случаев:

прогрессирования заболевания, обусловленного невыполнением пациентом предписанного ему режима или медикаментозной терапии;

закономерного прогрессирования заболевания (патологического процесса);

нарушения в преемственности ведения больного, допущенного на последующем этапе оказания медицинской помощи другой медицинской организацией.

Обоснованность оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара ранее 60 дней после окончания лечения в случаях, установленных настоящим пунктом тарифного соглашения, подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

4.12.В случае не достижения результата обращения за медицинской помощью в связи со смертью пациента (в том числе в случае досуточной летальности, который предъявляется к оплате по стоимости одного дня лечения), выпиской по независящим от медицинской организации причинам или переводом пациента в другую медицинскую организацию, прерванный случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате за фактическое количество дней лечения пропорционально тарифу КПГ (КСГ), но не более тарифа соответствующей КПГ (КСГ).

Для определения стоимости одного дня лечения в тарифе КПГ (КСГ), используется средняя длительность лечения.

4.13.Расходы на медицинскую помощь, оказываемую в реанимационных отделениях медицинских организаций (палатах интенсивной терапии), входят в общий объем предоставляемой по соответствующему профилю медицинской помощи, которая компенсируется по тарифу КПГ (КСГ).

С учетом особенностей организации оказания медицинской помощи для медицинской организации может быть утвержден тариф КПГ (КСГ) «Последствия воздействия внешних причин заболеваемости и смертности» (1188). В этом случае оказанная пациенту медицинская помощь предъявляется к оплате как законченный случай оказания стационарной медицинской помощи по тарифу вышеуказанной КПГ (КСГ)  при переводе пациента в другую медицинскую организацию по завершению реанимационных мероприятий.

4.14.Оплата питания одного из родителей или иного члена семьи, госпитализированного по уходу за ребенком до четырех лет (за ребенком старше четырех лет при наличии медицинских показаний), производится за фактическое число дней, в течение которых ему было предоставлено спальное место и питание.

4.15.В случаях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях персоналом медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (приемных отделений стационаров) для определения показаний к госпитализации пациентам, не подлежащим госпитализации, медицинская помощь предъявляется к оплате по тарифу посещения в приемном отделении.

Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в установленном порядке. Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований.

4.16.**Скорая медицинская помощь догоспитального этапа** оплачивается по установленным настоящим тарифным соглашением ПдНФ на численность обслуживаемого подразделением скорой медицинской помощи медицинской организации или медицинской организацией застрахованного населения в сочетании с оплатой за выполненный вызов скорой медицинской помощи.

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

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

4.26.Экстренная и неотложная медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях персоналом больничных учреждений или других медицинских организаций, или их соответствующих структурных подразделений, предоставляющих медицинскую помощь в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, а также подразделениями скорой медицинской помощи при обращении пациента не нуждающегося в госпитализации непосредственно на станцию скорой медицинской помощи, предъявляется к оплате по тарифу посещения в связи с оказанием неотложной помощи.

4.27.К оплате в установленных настоящим тарифным соглашением случаях предъявляются следующие отдельные **медицинские услуги**:

диализ;

исследование коронарография;

**и другие медицинские услуги и** сложные диагностические услуги по перечню, утверждаемому  Министерством здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания.

4.28.Оплата вышеуказанных медицинских услуг производится дополнительно к оплате по тарифу посещения, КПГ (КСГ), обращения, вызова скорой медицинской помощи.

Предъявление к оплате вышеуказанных медицинских услуг осуществляется по установленным настоящим тарифным соглашением кодам медицинских услуг путем формирования дополнительной позиции в реестре счетов на оплату медицинской помощи.

4.29.В части не отраженной в настоящем разделе порядок и условия применения тарифов, установленных настоящим соглашением, разъясняют совместно министерство и фонд.

**5. Порядок урегулирования разногласий**

5.1. В случае возникновения разногласий по применению настоящего соглашения любой участник ОМС вправе обратиться в министерство и фонд для разъяснений. Указанными разъяснениями участники ОМС руководствуются при проведении переговоров и разрешении возникших разногласий.

5.2. Медицинская организация обжалует заключение страховой организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

5.3. При не урегулировании разногласий в процессе переговоров споры разрешаются в Арбитражном суде Республики Северная Осетия-Алания.

**6. Прочие условия**

6.1. Медицинская помощь, оказываемая за счет средств ОМС, предъявляется к оплате и оплачивается страховыми организациями или фондом в соответствии с Федеральным законом, Правилами, заключенными договорами в пределах объемов медицинской помощи по ОМС, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

При превышении объемов медицинской помощи по ОМС медицинской организацией и страховой организацией или фондом составляется реестр актов медико-экономического контроля в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», который приобщается к акту сверки расчетов.

6.2. Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи по ОМС по предъявленным к оплате тарифам, санкции к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС применяется страховой организацией и фондом согласно приказу Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Экспертиза качества медицинской помощи по ОМС проводится экспертами страховых медицинских организаций, фонда и экспертами, включенными территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

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

Регламент информационного взаимодействия участников при расчетах за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам на территории Республики Северная Осетия-Алания и регламент организации информационных систем определяются фондом в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом ОМС (далее — Общие принципы).

6.4. Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС (далее — реестр счетов), содержащий сведения, установленные Федеральным законом, формируется и предоставляется плательщику на бумажном носителе и в виде электронного файла. Формат электронного файла реестра счетов на оплату медицинской помощи по ОМС определяется фондом в соответствии с Общими принципами.

Реестр счетов на бумажном носителе должен быть пронумерован и скреплен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и с приложением оттиска печати медицинской организации.

6.5. При наличии технической возможности по обеспечению юридически значимого электронного документооборота с использованием электронной цифровой подписи реестры счетов могут представляться только в электронном виде. Решение готовности осуществлять юридически значимый электронный документооборот принимают совместно медицинская организация, страховая организация и фонд, о чем заключается соглашение.

6.6. До определения фондом формата реестра счетов и регламента информационного взаимодействия при расчетах за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам на территории Республики Северная Осетия-Алания, реестры счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, предъявляются в порядке, действовавшем до вступления в силу настоящего тарифного соглашения, с учетом разъяснений фонда.

**7. Порядок действия тарифного соглашения и внесения в него** **изменений**

7.1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон и распространяется на отношения в сфере ОМС на территории Республики Северная Осетия-Алания с 01 января 2013 года.

7.2. Изменения и дополнения в настоящее тарифное соглашение оформляются дополнительным соглашением.

7.3. 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 фонда на соответствующий финансовый год. Изменения в настоящее тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника возмещения затрат.

7.4. Настоящее тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр соглашения хранится в министерстве, второй — в фонде. Настоящее тарифное соглашение подлежит хранению по правилам организации государственного архивного фонда.

**Приложения:**

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи и (приложение 1)

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС на территории Республики Северная Осетия-Алания (МТР) (приложение 2);

Тарифы обращения в центры «здоровья» за счет средств ОМС на территории Республики Северная Осетия-Алания (приложение 3);

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в амбулаторных условиях (обращения) на территории Республики Северная Осетия-Алания (приложение 4);

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в амбулаторных условиях (посещения) на территории Республики Северная Осетия-Алания (приложение 5);

Тарифы и классификатор медуслуг на оплату стоматологической помощи, оказываемой за счет средств ОМС на территории Республики Северная Осетия-Алания (приложение 6);

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в связи с проведением мероприятий по диспансеризации различных категорий граждан на территории Республики Северная Осетия-Алания (приложение 7);

Тарифы на оплату неотложной медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС на территории Республики Северная Осетия-Алания (приложение 8);

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в стационарных условиях на территории Республики Северная Осетия-Алания (приложение 9);

**Тарифы на оплату  законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу), за счет средств обязательного медицинского страхования в стационарных условиях на территории Республики Северная Осетия-Алания (**Приложение №9**)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № стр. | Профиль медицинской помощи | Тариф клинико-профильной группы (КПГ) | |
| взрослые | дети |
| 1 | Акушерство и гинекология | 16 463,42 | 16 463,42 |
| 2 | Аллергология и иммунология | 28 184,13 | 28 184,13 |
| 3 | Гастроэнтерология | 16 988,23 | 16 988,23 |
| 4 | Гематология | 20 137,08 | 20 137,08 |
| 5 | Дерматовенерология | 19 126,34 | 19 126,34 |
| 6 | Инфекционные болезни | 14 033,75 | 14 033,75 |
| 7 | Кардиология | 18 659,84 | 28 767,25 |
| 8 | Колопроктология | 26 007,15 | 26 007,15 |
| 9 | Неврология | 25 346,28 | 25 346,28 |
| 10 | Нейрохирургия | 24 296,67 | 24 296,67 |
| 11 | Неонатология | х | 37 494,61 |
| 12 | Нефрология | 39 457,79 | 39 457,79 |
| 13 | Онкология | 29 700,24 | 40 818,40 |
| 14 | Оториноларингология | 17 260,35 | 17 260,35 |
| 15 | Офтальмология | 13 256,26 | 13 256,26 |
| 16 | Педиатрия | х | 25 268,53 |
| 17 | Пульмонология | 19 670,58 | 19 670,58 |
| 18 | Ревматология | 28 359,07 | 28 359,07 |
| 19 | Сердечно-сосудистая хирургия | 24 529,91 | 24 529,91 |
| 20 | Терапия | 22 041,94 | х |
| 21 | Торакальная хирургия | 31 469,04 | 31 469,04 |
| 22 | Травматология и ортопедия | 23 072,11 | 23 072,11 |
| 23 | Урология | 21 128,38 | 20 020,45 |
| 24 | Хирургия | 18 854,21 | 25 657,28 |
| 25 | Хирургия (абдоминальная) | 22 858,30 | 22 858,30 |
| 26 | Хирургия (комбустиология) | 25 657,28 | 25 657,28 |
| 27 | Челюстно-лицевая хирургия | 20 331,45 | 24 491,04 |
| 28 | Эндокринология | 21 925,31 | 32 654,72 |
| 29 | Медицинская реабилитация | 28 950,25 | х |