

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской
области при реализации территориальной программы обязательного
медицинского страхования на 2017 год

1. Общие положения

1.1. Руководствуясь Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Постановлением Правительства Сахалинской области от 29.12.2016 № 684 «Об утверждении Территориальной программы Сахалинской области государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», представители от органов исполнительной власти Сахалинской области, территориального фонда обязательного медицинского страхования Сахалинской области (далее - Территориальный фонд ОМС), страховых медицинских организаций (далее – СМО), объединения профессиональных союзов медицинских работников, некоммерческого партнерства медицинских работников «Национальная медицинская палата Сахалинской области» (далее - Стороны), включенные в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Сахалинской области (далее - Комиссия), созданной распоряжением Правительства Сахалинской области от 15 февраля 2016 года № 67-р «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Сахалинской области», в составе:

1.	Пак А.К.	Министр здравоохранения Сахалинской области, председатель Комиссии
2.	Атланова Л.В.	Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Сахалинской области, заместитель председателя Комиссии
3.	Герловская И.И.	Директор Сахалинского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»
4.	Александрова Н.М.	Председатель Сахалинской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации
5.	Фатеева Л.Ю.	Председатель некоммерческого партнерства медицинских работников «Национальная медицинская палата Сахалинской области»

в целях реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской области при реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2017 год (далее - Тарифное соглашение).

1.2. Тарифное соглашение устанавливает способы оплаты медицинской помощи, размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, размер и структуру подушевых нормативов финансирования, средние размеры финансового обеспечения медицинской помощи по условиям оказания предоставляемой в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, 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, порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования и срок действия Тарифного соглашения на территории Сахалинской области при оплате медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

1.3. Способы оплаты медицинской помощи, размер, структура тарифа и подушевого норматива финансирования для оплаты медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

1.4. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцировано с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций:

1) оказывающих населению первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, специализированную медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический, скорую, в том числе скорую специализированную и паллиативную медицинскую помощь в пределах муниципального района (внутригородского округа);

2) имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

2.1.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации застрахованных граждан в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

2) за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) при оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Сахалинской области застрахованным гражданам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан за пределами Сахалинской области, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся граждан.

2.1.1.1. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющие прикрепленное население, финансируются по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации граждан, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение в случаях установленных настоящим Тарифным соглашением.

2.1.1.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепленное население, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в **Приложении № 1** к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.1.3. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не имеющие прикрепленное население, финансируются за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу в случаях установленных настоящим Тарифным соглашением, за посещение, за обращение.

2.1.1.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не имеющих прикрепившихся граждан, оплата в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в **Приложении № 2** к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.1.5. Перечень видов медицинской помощи, условий и форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу представлен в **Приложении № 3** к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.1.6. Перечень видов медицинской помощи, условий и форм оказания медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, в том числе МО, финансируемым по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население, дополнительно к подушевому финансированию, при представлении МО отдельных реестров представлен в **Приложении № 4** к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.1.7. В целях предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи подушевые нормативы финансового обеспечения включают расходы на оплату лабораторных, диагностических и консультативных услуг по гражданско-правовым договорам. В случае отсутствия у МО возможности предоставления медицинской помощи в необходимом объеме, лабораторных, диагностических или консультативных услуг, указанные мероприятия осуществляются в других МО по направлению лечащего врача путем организации между МО расчетов по

гражданско-правовым договорам, за исключением случаев, установленных настоящим Тарифным соглашением.

Для застрахованных граждан услуга или консультация специалистом сторонней медицинской организации является бесплатной. Не допускается при невозможности оказания необходимых медицинских услуг по месту обращения пациента направление гражданина в иную МО на платной основе.

Структура и размер средней стоимости тарифа, подушевого норматива, предусматривают оплату диагностических и (или) консультативных услуг по гражданско-правовым договорам, заключаемым между медицинскими организациями.

2.1.1.8. Медицинская помощь оплачивается за единицу объема медицинской помощи – за услугу, в установленных настоящим Тарифным соглашением случаях, за посещение, комплексное посещение с профилактической целью (законченный случай первого этапа диспансеризации, медицинский осмотр), комплексную услугу в Центрах здоровья, комплексное обследование, обращение (законченный случай), комплексное обращение:

а) посещения с профилактической целью (не связанные с возникновением внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний или иной патологии), в том числе:

- центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в связи с патронажем.

б) посещения с иными целями, в том числе в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);

в) разовые посещения в связи с заболеванием, в том числе посещения в неотложной форме в МО и на дому;

г) за услугу, в установленных настоящим Тарифным соглашением случаях;

д) обращение (законченный случай);

е) комплексное обращение, в установленных настоящим Тарифным соглашением случаях.

В случаях, если по итогам посещения с профилактической или иной целью выявлено наличие заболевания, состояния требующего медицинского вмешательства (при необходимости повторного обращения), случай оформляется как обращение по поводу заболевания, при этом посещение с профилактической или иной целью к оплате не предъявляется.

Посещения, в т.ч. на дому, с целью оказания неотложной помощи подлежат оплате независимо от того, продолжил ли пациент дальнейшее лечение. В случае продолжения лечения на оплату предъявляется тариф в связи с оказанием неотложной помощи и тариф за обращение в связи с заболеванием по соответствующей специальности. При этом дата оказания

неотложной помощи является датой начала лечения, и данные случаи не считаются пересечением сроков лечения.

Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы Центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является:

а) для впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования – комплексная услуга;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления – посещение с профилактической целью.

Первые этапы медицинских осмотров и диспансеризации предъявляются к оплате после полного завершения осмотров, обследования и вынесения соответствующего заключения по тарифам за комплексную услугу (законченный случай первого этапа диспансеризации, законченный случай первого этапа профилактического медицинского осмотра, периодического и предварительного медицинских осмотров).

Вторые этапы медицинских осмотров и диспансеризации при подозрении на наличие у пациента заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении I этапа, оплачиваются по посещениям.

Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола, при этом обязательным является анкетирование и прием пациента врачом-терапевтом.

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр и соответственно оплата осуществляется по тарифу, установленному для профилактического осмотра взрослого населения.

Обращением по поводу заболевания считается законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях. Тариф средней стоимости обращения включает фактическое количество посещений в обращении по поводу одного заболевания с момента обращения пациента в МО до завершения результата лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу. Одно посещение по заболеванию не может считаться обращением по заболеванию.

В состав посещения по поводу заболевания, обращения по поводу заболевания включаются назначенные по результатам осмотра и зафиксированные в медицинской карте пациента лечебные, консультативные, диагностические услуги (в пределах группы заболеваний по МКБ-10 соответствующего класса заболеваний), методы исследования:

лабораторные, функциональные, инструментальные, рентгенорадиологические и др.), услуги физиотерапии, массажа медицинского, лечебной физкультуры и иные медицинские услуги, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития № 1664н, предусмотренные стандартами медицинской помощи.

При формировании реестра, код врачебной специальности и тариф законченного случая соответствует специальности врача, закрывшего Талон амбулаторного пациента; код заболевания по МКБ-10 устанавливается по основному (уточненному) заболеванию.

При выявлении сопутствующего заболевания, требующего обследования и лечения, отнесенного к иной группе заболеваний по МКБ-10, формируется новый случай по общим правилам с оформлением нового Талона амбулаторного пациента, независимо от периода лечения по первоначальному заболеванию.

Оплате не подлежат посещения и обращения при совпадении периодов лечения и кодов заболеваний в рамках группы заболеваний по МКБ-10.

Консультации специалистами консультативной поликлиники ГБУЗ «Сахалинская областная клиническая больница» и ГБУЗ «Областная детская больница» пациентов, находящихся на стационарном лечении в данных учреждениях по другому профилю и не входящие в стандарт медицинской помощи по основному заболеванию, пересечением сроков лечения не считаются.

МО ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещений центра здоровья, в связи с диспансеризацией, профилактическими осмотрами), посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

При направлении больного на консультацию и/или диагностику в другие МО, в случае невозможности предоставления их по месту лечения пациента, обращение по поводу заболевания не считается законченным и предъявляется к оплате после достижения результата с учетом осмотров врачами-специалистами и результатов проведенных исследований, выполненных в других медицинских организациях на бесплатной для пациента основе, в рамках расчетов между МО по договорам гражданско-правового характера, за исключением установленных настоящим Тарифным соглашением случаев.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические услуги, а также медицинским организациям, оказывающим в рамках основной деятельности дополнительно отдельные диагностические услуги для МО области, могут устанавливаться отдельные тарифы за услугу.

При невозможности проведения в МО исследования КТ и МРТ, входящих в стандарт оказания медицинской помощи, МО на основании решения врачебной комиссии должна направить больного в МО, имеющую соответствующее оборудование и лицензию. Для пациента эта услуга

является бесплатной. Не допускается направление пациента в МО для оказания данной услуги на платной основе.

Как отдельная диагностическая услуга КТ исследование, оказанное в ГБУЗ «Сахалинская областная клиническая больница» и ГБУЗ «Областная детская больница» предоставляется на оплату только в случаях, когда необходимость его проведения возникла в процессе консультации специалистами консультативных поликлиник данных МО. Перечень приведен в **Приложении № 5** к настоящему Тарифному соглашению.

В случае технической неисправности КТ и МРТ в МО – поставщика данного вида диагностических услуг, которым установлен объем исследований решением Комиссии, в случае превышения предельных сроков ожидания (30 календарных дней), а также по объективным причинам, связанным с госпитализацией по состоянию здоровья, МО - поставщик обязана перенаправить пациента в медицинские организации, имеющие компьютерный или магнитно-резонансный томограф с указанием причины направления.

Оплата из средств ОМС осуществляется за исследования КТ и МРТ, оказанные застрахованным гражданам только при заболеваниях и состояниях, входящих в территориальную программу ОМС, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

В случае технической неисправности, МО, определенная решением Комиссии для временного оказания диагностических исследований выставляет счета и реестры счетов дополнительно к установленным объемам за КТ и МРТ исследования.

2.1.1.9. Стоматологические поликлиники, не имеющие прикрепленного населения, финансируются за единицу объема медицинской помощи.

За единицу стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, принимается условная единица трудоемкости (УЕТ).

Оплата стоматологической помощи осуществляется по посещениям и обращениям с учетом условных единиц трудоемкости (УЕТ). При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

Взимание платы за лечение в рамках Территориальной программы ОМС, закупка препаратов и расходных материалов низкого качества не допускается. Рентгенографические и иные виды исследований, терапевтическая и хирургическая стоматологическая помощь, профилактический и диспансерный приемы, иные услуги, включая лекарственные препараты, расходные материалы, анестезиологическое пособие, наркоз и т.д, в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением, включены в стоимость УЕТы и не подлежат оплате за счет средств граждан.

Классификатор основных медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях,

выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) представлен в **Приложении № 10.3.1.**

2.1.2. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу заболеваний;

2) 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;

3) при оказании услуг диализа.

При проведении процедур диализа, являющейся составным компонентом оплаты случая лечения, оплата за услугу осуществляется дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения, к которому относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуги не допускается.

4) за законченный случай лечения заболевания на основе норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу ОМС.

5) за услугу (проведение телемедицинских консультаций) в порядке, установленном Министерством здравоохранения Сахалинской области.

2.1.2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в **Приложении № 6** к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.2.2. Порядок оплаты прерванных случаев 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, представлен в **Приложении № 7** настоящего Тарифного соглашения, за исключением случаев оказания ВМП.

2.1.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу заболеваний.

2) 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;

3) при оказании услуг диализа.

При проведении процедур диализа, являющейся составным компонентом оплаты случая лечения, оплата за услугу осуществляется

дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения в условиях дневного стационара. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуги не допускается.

2.1.3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в **Приложении № 8** к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.4. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации застрахованных граждан в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, в том числе с проведением тромболитической терапии.

2) за вызов скорой медицинской помощи, в том числе с проведением тромболитической терапии; при выезде реанимационно-консультативной бригады; при оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Сахалинской области застрахованным гражданам, полис ОМС которым выдан за пределами Сахалинской области.

2.1.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, приведен в **Приложении № 9** настоящему Тарифному соглашению.

2.2. Установленные способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2.3. Оказание медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) осуществляется за пределами Сахалинской области в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации. Оплата осуществляется в рамках проведения межтерриториальных расчетов.

2.3.1. Порядок маршрутизации пациентов, направляемых медицинскими организациями на лабораторные и диагностические исследования, нуждающихся в лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, установлен Министерством здравоохранения Сахалинской области. Оплата исследований осуществляется в установленном порядке за счет средств ОМС в соответствии с Тарифным соглашением.

2.4. Случаи оказания специализированной, включая высокотехнологичную медицинскую помощь в медицинских организациях, находящихся за пределами Сахалинской области, по видам, включенным в базовую программу, подлежат оплате по тарифам, установленным в субъекте, на территории которого находится МО, оказывающая медицинскую помощь и вошедшая в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования данного субъекта. Порядок направления пациентов, нуждающихся в получении высокотехнологичной помощи установлен Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.5. Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории Сахалинской области, осуществляется СМО в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на основании представленных медицинскими организациями (далее - МО) счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением.

2.6. Оплата медицинской помощи оказываемой МО лицам, застрахованным вне территории Сахалинской области, осуществляется Территориальным фондом ОМС в соответствии с Договором на оказание и оплату медицинской помощи, предоставленной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию вне территории Сахалинской области.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер и структура подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся граждан и средние размеры финансового обеспечения медицинской помощи по условиям оказания

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер и структура подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся граждан и средние размеры финансового обеспечения медицинской помощи по условиям оказания определяются в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», Постановлением Правительства Сахалинской области от 29.12.2016 № 684 «Об утверждении Территориальной программы Сахалинской области государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов» и Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 22.12.2016г. № 11-8/10/2-8266, № 12578/26/и.

3.2. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливается:

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одного застрахованного гражданина, определенный на основе нормативов объемов медицинской

помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2017 год – 8 659,90 рублей:

- посещение с профилактическими и иными целями – 3440,45 рублей;
- обращение в связи с заболеванием – 4 673,32 рубля;
- посещение в неотложной форме – 546,13 рублей.

3.2.2. Размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу, составляет – 392,61 рубль на 1 застрахованного гражданина в месяц. Оплата по подушевому нормативу финансирования осуществляется без учета санкций по результатам медико-экономического контроля, с организацией контроля за качественным представлением реестров.

3.2.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены:

- ноль - один год мужчины/женщины - 0,03/0,03;
- один год – четыре года мужчины/женщины – 0,41/0,38;
- пять лет – семнадцать лет мужчины/женщины – 1,71/1,59;
- восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 6,94;
- восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 5,97;
- шестьдесят лет и старше мужчины – 1,96;
- пятьдесят пять лет и старше женщины – 3,97.

3.2.4. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи - медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), применяемые в том числе для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями и межтерриториальных расчетов, «комплексная услуга», «комплексное обследование», «комплексное обращение» установлены настоящим Тарифным соглашением и приведены в **Приложении № 10-10.17, № 11, №12** к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.5. Тариф за единицу объема включает в себя как прямые (расходы на посещение врача определенного профиля, среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный прием, с учетом расходов параклинических отделений, расходов на медикаменты, мягкий инвентарь и перевязочные средства), так и косвенные расходы (коммунальные услуги и другие расходы, включенные в тариф) медицинской организации по данной специальности.

3.2.6. Тарифы на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам, применяемые, в том числе для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями и межтерриториальных расчетов, установлены настоящим Тарифным

соглашением и приведены в **Приложении № 13-13.7** к настоящему Тарифному соглашению.

3.3. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливается:

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одного застрахованного гражданина, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2017 год – 2 045,25 рублей.

3.3.2. Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара и размер базовой ставки приведены в **Приложении № 14** к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ – БС (базовая ставка) – 26 431 рубль.

3.3.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

-средний поправочный коэффициент для расчета размера средней стоимости законченного случая лечения (базовой ставки) – 1,1;

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 1,1.

3.3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, представлены в **Приложении № 15** к настоящему Тарифному соглашению.

3.4. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливается:

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одного застрахованного гражданина, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2017 год – 12 830,17 рублей;

3.4.2. Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и размер базовой ставки приведены в **Приложении № 16** к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ – БС (базовая ставка) – 46 852 рубля.

3.4.4. Средний поправочный коэффициент для расчета размера средней стоимости законченного случая лечения (базовой ставки) – 1,2.

3.4.4.1. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

1. Средний коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи:

1 уровень – 0,950;

2 уровень – 1,015;

3 уровень – 1,107;

1.1. коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи:

1 уровень – без подуровней;

2 уровень:

первый подуровень – 1,001;

второй подуровень – 1,010;

третий подуровень – 1,025;

четвертый подуровень – 1,098;

3 уровень:

первый подуровень – 1,1;

второй подуровень – 1,15.

2. Коэффициенты сложности лечения пациента:

Решение об установлении размера коэффициента сложности лечения пациента принимается лечащим врачом, заведующим отделением и заместителем главного врача МО по лечебной работе, оформляется соответствующим протоколом.

При формировании реестра счетов на оплату в случае применения КСЛП в отношении пункта 6 и пункта 7, обязательно указывается код сопутствующего заболевания по МКБ 10.

1. Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года), за исключением КСК, относящихся к профилю «Неонатология», к которым КСЛП не применяется;

2. Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 года до 4 лет);

3. Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка (дети до 4 лет), после достижения возраста 4 лет при наличии медицинских показаний;

4. Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет);

5. Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю пациента возраста старше 75 лет с индексом Бартела меньшего или равного 60 баллов (для осуществления ухода) при наличии медицинских показаний;

6. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения

пациента. В случае наблюдения и лечения пациента специалистами иного профиля и отражением лечения в медицинской документации.

7. Наличие у пациента возрастной категории от 1 года до 15 лет сопутствующей патологии в случае наблюдения и лечения пациента специалистами иного профиля и отражением лечения в медицинской документации.

8. Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям;

9. проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ;

10. сверхдлительные сроки обоснованной госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями;

11. проведение сочетанных хирургических вмешательств.

12. проведение однотипных операций на парных органах.

Порядок применения коэффициентов сложности лечения пациентов приведен в **Приложении № 17** настоящего Тарифного соглашения.

3. Управленческий коэффициент (средневзвешенный) по следующим группам КСГ:

«Детская кардиология» - 1,4;

«Детская урология – андрология» - 1,4;

«Детская хирургия» - 1,4;

«Детская эндокринология» - 1,4;

«Инфекционные болезни» - 1,28;

«Неврология» - 0,986;

«Неонатология» - 1,063;

«Онкология» - 0,678;

«Медицинская реабилитация» - 1,369.

Управленческий коэффициент применен с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования преимущественно в монопрофильных медицинских организациях. Приложение № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

Стоимость одного случая лечения в условиях стационара (ССкcg) определяется по формуле:

$$СС\ кcg = БС \times КЗкcg \times ПК$$

БС – размер средней стоимости законченного случая в условиях круглосуточного стационара;

КЗ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ (федеральный);

ПК – поправочный коэффициент региональный:

$$ПК = КУкcg \times КУСмо, \text{ где:}$$

КУкcg - управленческий коэффициент по КСГ;

КУСмо – коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи в медицинской организации;

3.4.5. Тарифы на оплату законченного случая лечения заболевания по клинико-статистическим группам заболеваний, без учета КСЛП, приведены в **Приложении № 18.1-18.7.** к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.5.1. В стоимость тарифа законченного случая лечения в стационарных условиях на основе клинико-статистических групп заболеваний включены расходы, необходимые для реализации медицинских технологий с максимально наилучшими потребительскими и иными характеристиками, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистами, в том числе и из других медицинских учреждений, оперативные пособия, в том числе выполненные лапароскопическими и (или) эндоскопическими методами, реанимация и интенсивная терапия, все виды анестезии, включая наркоз, лабораторные, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, в том числе КТ и МРТ, сцинтиграфия, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебная физкультура, уход за больным, т.е. необходимые мероприятия, направленные на лечение и выздоровление пациента).

3.4.6. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях на основе норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи приведены в **Приложении № 19** к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.7. Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, включенных в базовую программу ОМС, осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС, передаваемой бюджетам территориальных фондов ОМС. Величина норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи корректируется с учетом величины коэффициента дифференциации в части доли, установленной Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с **Приложением № 20** к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.7.1. При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям

(законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ (КПГ).

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

3.4.8. Медицинская помощь, оказанная в неотложной форме пациентам в приемных отделениях круглосуточных стационаров медицинских организаций, не закончившаяся госпитализацией, учитывается как посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме и оплачивается по тарифу оказания неотложной помощи в приемных отделениях. При этом обоснованное проведение КТ, МРТ оплачивается отдельно по тарифу на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях. Тарифы приведены в **Приложении № 12** к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.9. При проведении телемедицинских консультаций в тарифе учитывается консультация одного пациента. **Приложение № 10.18**

3.5. В части оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одного застрахованного гражданина, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2017 год - 1 214,22 рублей. Оплата по подушевому нормативу финансирования осуществляется без учета санкций по результатам медико-экономического контроля, с организацией контроля за качественным представлением реестров.

3.5.2. размер подушевого финансирования скорой медицинской помощи – 99,54 рубля на 1 застрахованного гражданина в месяц;

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи установлены:

ноль– год мужчины/женщины – 0,12/0,11

год – четыре года мужчины/женщины – 0,36/0,34;

пять лет – семнадцать лет мужчины/женщины - 1,45/1,36

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины -5,70;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 4,90;

шестьдесят лет и старше мужчины – 1,49;

пятьдесят пять лет и старше женщины – 3,13.

3.5.3. Оплата скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Сахалинской области, осуществляется по подушевому нормативу на обслуживаемое население.

3.5.4. При оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным вне территории страхования Сахалинской области, оплата медицинской помощи осуществляется за вызов.

3.5.5. Дополнительно к подушевому нормативу финансирования установлен тариф за оказание скорой медицинской помощи с использованием тромболитической терапии.

3.5.6 При оказании скорой медицинской помощи выездными реанимационно-консультативными бригадами (медицинское консультирование и сопровождение при эвакуации) оплата осуществляется за вызов.

3.5.6.1. Тарифы на оплату за вызов скорой помощи, включая проведение тромболитической терапии, при выезде реанимационно-консультативной бригады, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, приведены в **Приложениях № 21-21.2** к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.6.2. Случаи оказания скорой медицинской помощи, предшествующие повторному обращению в течение 24 часов, являются поводом для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

3.6. Тарифы возмещают затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по территориальной программе ОМС, в соответствии с установленной структурой тарифа.

3.7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена территориальной программой обязательного медицинского страхования.

3.7.1. 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 медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), 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 медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

3.7.2. Структура тарифов в процентах по направлениям расходования средств представлена в **Приложении № 22** к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.3. В части расходов на заработную плату тарифы на оплату медицинской помощи включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.8. За счет средств ОМС не возмещаются расходы медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы, осуществляемые за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, включая затраты, связанные с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не связана с реализацией территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

3.10. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех СМО, находящихся на территории Сахалинской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС. Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями Сахалинской области лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производится по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

3.11. Изменение тарифов на оплату медицинской помощи, подушевых нормативов финансирования устанавливаются Дополнительным соглашением на основании решений Комиссии.

4. 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

4.1. Территориальный фонд ОМС и СМО в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона № 326 – ФЗ осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой МО в рамках территориальной программы ОМС.

4.2. Порядок проведения контроля установлен приказом Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

4.3. Суммы средств, не подлежащие оплате (уменьшение оплаты медицинской помощи), и размеры штрафных санкций за нарушения, выявленные Территориальным фондом ОМС или СМО при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой МО в рамках территориальной программы ОМС приведены в **Приложении № 23** к настоящему Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение устанавливает Порядок взаимодействия и финансовых расчетов участников обязательного медицинского страхования:

5.1.1. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, в целях реализации права выбора гражданином медицинской организации, осуществляют прикрепление застрахованных лиц, руководствуясь порядком, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», а также порядком взаимодействия сторон при осуществлении прикрепления застрахованных лиц.

В целях реализации права граждан на выбор медицинской организации при направлении на плановую госпитализацию медицинские организации

(лечащий врач) осуществляют информирование граждан о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание специализированной медицинской помощи с учетом сроков ожидания, по видам специализированной медицинской помощи, установленным территориальной программой ОМС.

5.1.2. Вся информация о застрахованных и прикрепленных лицах, оказанной медицинской помощи, результатах проведенного контроля объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и оплаченных счетах передается в едином формате данных, в сроки и в порядке, установленном форматами информационного взаимодействия между Территориальным фондом ОМС, МО и СМО.

5.2. Медицинская организация:

5.2.1. Ведёт персонифицированный учет сведений об оказанной медицинской помощи.

5.2.2. Ведёт персонифицированный учет сведений о прикреплении граждан к МО.

5.2.3. При идентификации определения страховой принадлежности граждан и формировании реестров оказанной медицинской помощи руководствуется данными из регионального и центрального сегментов единого регистра застрахованных лиц и полисом ОМС.

5.2.4. До направления реестров оказанной медицинской помощи на оплату в СМО, представляет реестры в Территориальный фонд ОМС для определения страховой принадлежности граждан, которым в отчетном периоде была оказана медицинская помощь.

5.2.5. В срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, направляет в СМО и в срок не позднее 10-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным направляет в Территориальный фонд ОМС по межтерриториальным расчетам счета на оплату медицинской помощи, сформированные в соответствии с форматами информационного взаимодействия между Территориальным фондом ОМС, МО и СМО и правилами формирования счетов за медицинскую помощь, оказанную в рамках территориальной программы ОМС.

5.2.6. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи МО вправе доработать и представить в СМО отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов в срок не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от ТФОМС/СМО.

5.2.7. Медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов Территориального фонда ОМС и СМО к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую информацию, как в пределах, так и за пределами медицинской организации, с оформлением акта передачи документации для проведения экспертизы.

5.3. Страховая медицинская организация:

5.3.1. Ведёт персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах, прикрепления граждан к МО, оказанной им медицинской помощи, результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, обеспечивает соответствие персонифицированной информации об оплаченной медицинской помощи, результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи данным бухгалтерского учета.

5.3.2. Проводит медико-экономический контроль представленных медицинскими организациями реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. Результаты контроля по каждому счету оформляются отдельным актом и направляются в медицинскую организацию.

5.3.3. Ежемесячно до пятнадцатого числа месяца, следующего за отчетным, представляет в Территориальный фонд ОМС отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иную отчетность в порядке и по формам, установленным Федеральным фондом ОМС в соответствии со статьей 33 Федерального закона.

5.3.4. По запросу Территориального фонда ОМС представляет необходимые сведения об оказанной медицинской помощи в течение 2 рабочих дней со дня поступления соответствующего запроса, в отдельных случаях, оперативно, в день получения запроса.

5.4. Территориальный фонд ОМС:

5.4.1. Ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных по ОМС лиц, содержащий, в том числе, информацию о прикреплении граждан к МО.

5.4.2. Ежемесячно проводит идентификацию граждан на принадлежность к страховой медицинской организации по реестрам с персональными данными граждан от МО, которым оказана медицинская помощь в отчетный период.

5.4.3. Организует контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оказанной в МО Сахалинской области лицам, застрахованным за пределами области, проводит оплату данных случаев оказания медицинской помощи.

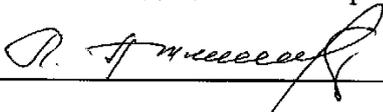
5.5. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2017 года и действует по 31 декабря 2017 года.

5.6. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, согласованные Сторонами. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме Дополнительным соглашением и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.7. Настоящее тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы ОМС Сахалинской области.

6. Подписи сторон

Министерство здравоохранения Сахалинской области
Министр _____  А.К. Пак

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Сахалинской области
Директор _____  Л.В. Атанова

Сахалинский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»
Директор _____  И.И. Герловская

Сахалинская областная организация профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации
Председатель _____  Н.М. Александрова

Некоммерческое партнерство медицинских работников «Национальная
медицинская палата Сахалинской области»
Председатель _____  Л.Ю. Фатеева