**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**в системе обязательного медицинского страхования**

**Республики Адыгея**

г. Майкоп 29 января 2025 года

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

* 1. Настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Республики Адыгея (далее – Тарифное соглашение) заключено в соответствии с Федеральным Законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 года № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 года № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», постановлением Кабинета Министров Республики Адыгея от 28 декабря 2024 года № 234 «О [Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Адыгея на 2025 год](garantF1://32244018.0) и на плановый период 2026 и 2027 годов», постановлением Кабинета Министров Республики Адыгея от 7 декабря 2011 года № 255 «О Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Адыгея», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.
  2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Адыгея (далее – Территориальная программа ОМС).

Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с законами Российской Федерации и Республики Адыгея, нормативными правовыми актами Российской Федерации, Республики Адыгея, Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, настоящим Тарифным соглашением и решениями Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Адыгея (далее – Комиссия).

* 1. Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (осуществляются медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями) и межтерриториальных (осуществляются территориальными фондами обязательного медицинского страхования) расчетах.
  2. Взаимодействие участников системы обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея осуществляется в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.
  3. Оплата оказанной медицинской помощи осуществляется в пределах объемов медицинской помощи, установленных медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы ОМС, на 2025 год. При необходимости возможно перераспределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в пределах общих объемов, установленных на соответствующий период.
  4. Представители сторон, заключивших тарифное соглашение:

|  |  |
| --- | --- |
| от уполномоченного органа исполнительной власти Республики Адыгея | Министр здравоохранения Республики Адыгея |
| от Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея | Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея |
| от страховых медицинских организаций | Директор Адыгейского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» |
| от медицинских профессиональных некоммерческих организаций | Председатель Адыгейской республиканской общественной организации «Ассоциация стоматологов» |
| от профессиональных союзов медицинских работников | Председатель Адыгейской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации |

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В РЕСПУБЛИКЕ АДЫГЕЯ

При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в **амбулаторных условиях**:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Республики Адыгея, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.1.1. Медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС оказывают медицинские организации (их структурные подразделения), указанные в Приложении № 1 к Тарифному соглашению.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной **в стационарных условиях** (далее - госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в [Приложении №39](#P11170) к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

2.2.1. Медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС оказывают медицинские организации (их структурные подразделения), указанные в Приложении № 2 к Тарифному соглашению.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в **условиях дневного стационара:**

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных [Приложением № 39](#P11170) к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

2.3.1. Медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС оказывают медицинские организации (их структурные подразделения), указанные в Приложении № 3 к Тарифному соглашению, в том числе, медицинские организации, оказывающие процедуру экстракорпорального оплодотворения, представлены в Приложении № 3.1.

2.4. При оплате **скорой медицинской помощи**, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.4.1. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемая в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Адыгея, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.4.2. Скорую медицинскую помощь вне медицинской организации в рамках Территориальной программы ОМС оказывают медицинские организации (их структурные подразделения), указанные в Приложении № 4 к Тарифному соглашению.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с [Федеральным законом](https://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/0) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования. Возможно также установление отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями, в том числе для оплаты медицинских услуг референс-центров.

По медицинским показаниям и в соответствии с [клиническими рекомендациями](https://internet.garant.ru/document/redirect/57411597/0) медицинские работники медицинских организаций, расположенных в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, организовывают проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

При этом финансовое обеспечение оказания указанной медицинской помощи осуществляется с учетом передачи медицинскими организациями структурированных электронных медицинских документов в порядке и в соответствии с перечнем, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ) между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии указания на соответствующие работы (услуги) в имеющейся у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Территориальной программой ОМС.

В целях соблюдения сроков оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме маршрутизация пациентов осуществляется в наиболее приближенные к месту нахождения пациента медицинские организации вне зависимости от их ведомственной и территориальной принадлежности.

Распределение объемов медицинской помощи по проведению экстракорпорального оплодотворения осуществляется для медицинских организаций, выполнивших не менее 100 случаев экстракорпорального оплодотворения за предыдущий год (за счет всех источников финансирования).

Страховая медицинская организация проводят экспертизу качества всех случаев экстракорпорального оплодотворения, осуществленных в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая оценку его эффективности (факт наступления беременности). Результаты экспертиз направляются страховой медицинской организацией в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Адыгея и рассматриваются на заседаниях Комиссии при решении вопросов о распределении медицинским организациям объемов медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению.

Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение показателей результативности деятельности представлен в Приложении № 52 к Тарифному соглашению.

По подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), оказываемой участковыми врачами, семейными врачами (врачами общей практики) и узкими специалистами медицинских организаций, оказывающими ПМСП, за исключением медицинской помощи, оказываемой в центрах амбулаторной онкологической помощи. Подушевые нормативы финансирования медицинских организаций устанавливаются на месяц, исходя из расчета на год. Единицами объема медицинской помощи при оказании ПМСП, финансируемой по подушевому нормативу, установлены:

а) посещения с иными целями, которые включают:

* разовые посещения в связи с заболеваниями;
* посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
* посещения для получения справок и иных медицинских документов, в связи с другими причинами;

б) обращения в связи с заболеваниями (законченный случай).

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на:

* проведение диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;
* посещения центров здоровья;
* проведение диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;
* проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
* медицинскую помощь, оказываемую в центрах амбулаторной онкологической помощи;
* проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала;
* на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов;
* проведение медицинской услуги гемодиализа и перитонеального диализа;
* медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
* стоматологическую медицинскую помощь;
* медицинскую помощь при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;
* медицинскую помощь по медицинской реабилитации.

Установленный размер подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Адыгея.

III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и 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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до одного миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение трех месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.2. Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на осуществление преданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», на территории Республики Адыгея равен 1.

3.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой **в амбулаторных условиях.**

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (за исключением медицинской реабилитации и средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Республике Адыгея) составляет **7 178,4** рублей, средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи по медицинской реабилитации в расчете на одно застрахованное лицо – **81,2** рублей.

3.3.2. При расчете подушевого норматива учитываются:

- численность застрахованных лиц, прикрепленных к конкретной медицинской организации;

- коэффициент половозрастного состава;

- коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Адыгея;

- коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

- коэффициент уровня расходов медицинских организаций, установленный в размере 1;

- коэффициент дифференциации субъекта, установленный в размере 1.

3.3.3. Коэффициент специфики с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями), и расходов на их содержание и оплату труда персонала определяется исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий в размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек – не менее 1,113;

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек – не менее 1,04.

Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся их подразделениями), и расходов на их содержание и оплату труда персонала на 2025 год, устанавливается согласно Приложению № 5 к Тарифному соглашению.

3.3.4. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с учетом применения коэффициента дифференциации субъекта, равным 1, к размерам финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н, составляют в среднем на 2025 год:

* фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, - 1 442,9 тыс. рублей;
* фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, - 2 885,8 тыс. рублей;
* фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, - 3 430,6 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов должен обеспечивать сохранение достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», и уровнем средней заработной платы наемных работников в Республике Адыгея.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов составляет:

* фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, - 432,9 тыс. рублей (с учетом понижающего поправочного коэффициента к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей - 0,3);
* фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2 000 жителей, - 3 499,2 тыс. рублей (с учетом повышающего поправочного коэффициента к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей – 1,02).

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н, в зависимости от укомплектованности медицинским персоналом и численности обслуживаемого населения, составляет:

* для фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с численностью населения менее 100 жителей – 0,30-0,40 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего менее 100 жителей;
* для фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с численностью населения от 101 до 900 жителей:

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 0,5 ставки ниже норматива – 0,45-0,65 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1,0 ставку ниже норматива – 0,45-0,60 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1,5 ставки ниже норматива – 0,40-0,55 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2,0 ставки ниже норматива – 0,40-0,50 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта обслуживающего от 101 до 900 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2,5 ставки ниже норматива – 0,35-0,45 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта обслуживающего от 101 до 900 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 3,0 ставки ниже норматива – 0,35-0,45 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей;

* для фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с численностью населения от 901 до 1 500 жителей:

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 0,5 ставки ниже норматива – 0,65-0,70 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1,0 ставку ниже норматива – 0,60-0,65 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1,5 ставки ниже норматива – 0,55-0,60 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2,0 ставки ниже норматива – 0,45-0,55 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2,5 ставки ниже норматива – 0,45-0,55 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 3,0 ставки ниже норматива – 0,40-0,50 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей;

* для фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с численностью населения от 1 501 до 2000 жителей:

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 0,5 ставки ниже норматива – 0,70 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1,0 ставку ниже норматива – 0,65 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей;

- фельдшерский, здравпункт фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1,5 ставки ниже норматива – 0,60 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2,0 ставки ниже норматива – 0,55 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2,5 ставки ниже норматива – 0,50 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 3,0 ставки ниже норматива – 0,45 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 3,5 ставки ниже норматива – 0,40 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей;

* для фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с численностью населения более 2 000 жителей:

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный до 3,0 ставок ниже норматива – 0,60-0,80 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2 000 жителей;

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 3,0 ставки ниже норматива – 0,45-0,60 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2 000 жителей.

В случае оказания медицинской помощи указанными пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитывающегося с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

В случае если у фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н, или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта за предыдущие периоды с начала года.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения в соответствии с Территориальной программой ОМС, а также информации о соответствии/несоответствии требованиям, установленным Приказом № 543н, представлен в Приложении № 6 к Тарифному соглашению.

3.3.5. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи представлены в Приложении № 7 к Тарифному соглашению.

3.3.6. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи представлены в Приложении № 8 к Тарифному соглашению.

3.3.7. Относительные коэффициенты стоимости одного посещения с иными целями с учетом специальности представлены в Приложении № 9 к Тарифному соглашению.

3.3.8. Поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений по поводу заболеваний по специальностям представлены в Приложении № 10 к Тарифному соглашению.

3.3.9. Базовые нормативы финансовых затрат при оказании медицинскими организациями медицинской помощи в амбулаторных условиях на единицу объема медицинской помощи составляют:

- на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 620,5 рубля;

- на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, – 3 202,7 рубля, в том числе на 1 комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации – 1 384,8 рубля; диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин – 1 842,7 рубля (в т.ч.: женщин – 2 920,1 рубля, мужчин – 711,1 рубля);

- на 1 посещение с иными целями – 372,1 рубля;

- на 1 посещение в неотложной форме – 983,6 рубля;

- на 1 обращение в связи с заболеваниями – 2 064,7 рубля;

- на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований – 2 231,9 рубля;

- на 1 комплексное посещение школы для больных с хроническими заболеваниями – 1 430,4 рубля, в том числе: школа сахарного диабета – 1 324,4 рубля;

- на 1 комплексное посещение по диспансерному наблюдению – 2 661,1 рубля;

- на 1 посещение с профилактическими целями центров здоровья – 2 318,8 рубля;

- на 1 комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация» - 25 427,7 рубля.

3.3.10. Тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи представлены в приложениях:

Приложение № 11 - Тарифы на оказание амбулаторной медицинской помощи: посещение с иными целями;

Приложение № 12 - Тарифы на оказание амбулаторной медицинской помощи: разовое посещение по поводу заболевания и оказание неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

Приложение № 13 - Тарифы на оказание амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями: обращение (законченный случай лечения);

Приложение № 14 - Тарифы на оказание консультативно-диагностической амбулаторной помощи: посещение по поводу заболевания;

Приложение № 15 - Переводные коэффициенты для пересчета количества условных единиц трудоемкости (УЕТ) в посещения с иными целями, обращения по поводу заболевания и тарифы на оплату стоматологической помощи;

Приложение № 16 - Тарифы стоимости комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Приложение № 16.1 - Тарифы стоимости комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения для работающих застрахованных лиц по месту осуществления служебной деятельности или учебы;

Приложение № 17 - Тарифы стоимости комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения с использованием мобильных медицинских бригад;

Приложение № 18 - Тарифы стоимости комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в выходные дни;

Приложение № 19 - Тарифы стоимости приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Приложение № 20 – Тарифы на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку попечительство), в приемную или патронатную семью;

Приложение № 21 - Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

Приложение № 22 - Тарифы на проведение исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию;

Приложение № 23 - Тарифы стоимости комплексных посещений при проведении диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

Приложение № 24 - Тарифы стоимости комплексных посещений при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по медицинской реабилитации;

Приложение № 53 - Тарифы на оплату школы для больных с хроническими заболеваниями, в т.ч. школы сахарного диабета;

Приложение № 54 - Тарифы стоимости комплексных посещений при проведении диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

Приложение № 56 - Тарифы стоимости комплексных посещений при проведении диспансерного наблюдения работающих застрахованных лиц по месту осуществления служебной деятельности;

Приложение № 57 - Тарифы на оказание амбулаторной медицинской помощи фельдшером, акушеркой, наделенными функцией лечащего врача.

3.3.11. Базовые нормативы финансовых затрат при оказании медицинскими организациями медицинской помощи в амбулаторных условиях на проведение одного исследования составляют:

- компьютерной томографии – 3 438,9 рубля;

- магнитно-резонансной томографии – 4 695,5 рубля;

- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 694,4 рубля;

- эндоскопического диагностического исследования – 1 273,3 рубля;

- молекулярно–генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 10 693,2 рубля;

- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 637,1 рубля;

- ПЭТ/КТ – 35 414,4 рубля;

- ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ– 4 859,6 рубля.

3.3.12. Тарифы за медицинскую услугу при оказании амбулаторной помощи представлены в приложениях:

Приложение № 25 - Тарифы на лабораторные исследования;

Приложение № 26 - Тарифы на диагностические исследования;

Приложение № 27 – Тарифы на услуги диализа;

Приложение № 28 - Тарифы на консультативные услуги врачей-специалистов с использованием телемедицинских технологий, применяются для межучрежденческих расчетов;

Приложение № 29 - Тарифы на оказание простых медицинских услуг в амбулаторных условиях, применяются для межучрежденческих расчетов;

Приложение № 30 - Тарифы на оказание неотложной медицинской помощи в приемном отделении круглосуточного стационара без последующей госпитализации;

Приложение № 55 – Тарифы на проведение патолого-анатомических вскрытий в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации), применяются для межучрежденческих расчетов.

3.4. Оплата медицинской помощи, оказываемой в **стационарных условиях.**

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (за исключением медицинской реабилитации и средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Республике Адыгея), составляет **7 543,2** рубля, средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи по медицинской реабилитации в расчете на одно застрахованное лицо **– 290,2** рубля.

3.4.2. Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), представлены в Приложении № 31 к Тарифному соглашению.

3.4.3. Размер базовой ставки стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, составляет **33 444,52** рубля.

3.4.4. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке установлен в размере 0,65.

3.4.5. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ при оказании стационарной помощи представлены в Приложении № 32 к Тарифному соглашению:

* коэффициент уровня медицинской организации;
* коэффициент специфики.

3.4.6. Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, представлен в Приложении № 33 к Тарифному соглашению.

3.4.7. Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), представлен в Приложении № 34 к Тарифному соглашению.

3.4.8. Перечень сочетанных хирургических вмешательств представлен в Приложении № 35 к Тарифному соглашению.

3.4.9. Перечень однотипных операций на парных органах представлен в Приложении № 36 к Тарифному соглашению.

3.4.10. Перечень классификационных критериев отнесения случаев лечения к КСГ (за исключением схем лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)) представлен в Приложении № 37 к Тарифному соглашению.

3.4.11. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, представлен в Приложении № 38 к Тарифному соглашению.

3.4.12. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно представлен в Приложении № 39 к Тарифному соглашению.

3.4.13. Перечень КСГ, предполагающий хирургическое вмешательствоили тромболитическую терапию, представлен в Приложении № 40 к Тарифному соглашению.

3.4.14. Тарифы на оплату стационарной медицинской помощи по КСГ в рамках Территориальной программы ОМС представлены в Приложении № 41 к Тарифному соглашению.

3.4.15. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в стационарных условиях устанавливается согласно Приложению № 42 к Тарифному соглашению.

3.4.16. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены в соответствии с Разделом I «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, бюджетных ассигнований из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования медицинским организациям, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти» приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов и представлены в Приложении № 43 к Тарифному соглашению.

3.5. Оплата медицинской помощи, оказываемой в **условиях дневного стационара.**

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (за исключением медицинской реабилитации и средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Республике Адыгея), составляет **1 683,7** рубля, средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара по медицинской реабилитации, в расчете на одно застрахованное лицо – **75,7** рубля.

3.5.2. Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара), представлен в Приложении № 44 к Тарифному соглашению.

3.5.3. Размер базовой ставки стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, составляет **18 166,62** рубля.

3.5.4. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке установлен в размере 0,60.

3.5.5. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара представлены в Приложении № 45 к Тарифному соглашению:

* коэффициент специфики;
* коэффициент уровня медицинской организации.

3.5.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, по КСГ в рамках Территориальной программы ОМС представлены в Приложении № 46 к Тарифному соглашению.

3.5.7. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в условиях дневного стационара устанавливается согласно Приложению № 47 к Тарифному соглашению.

3.5.8. Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований, представлены в Приложении № 48 к Тарифному соглашению.

3.6. Оплата **скорой медицинской помощи**, оказываемой вне медицинской организации.

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (за исключением средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Республике Адыгея), составляет **1 078,9** рубля.

3.6.2. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет **1 078,9** рубля на одно застрахованное лицо.

3.6.3. Базовый норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи – **4 292,9** рубля.

3.6.4. Тарифы стоимости скорой медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, представлены в Приложении № 49 к Тарифному соглашению.

3.6.5. В связи с централизацией службы скорой медицинской помощи на территории Республики Адыгея половозрастные и интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи установлены в размере 1.

3.7. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу суммы, указанные в счете на оплату медицинской помощи и реестрах счетов, совпадать не должны. Контроль соответствия сумм счетов на оплату и реестров счетов не проводится.

3.8. При мотивированном отказе ТФОМС других субъектов Российской Федерации в оплате счетов за медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях Республики Адыгея гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, ТФОМС РА имеет право требовать возврата медицинской организацией денежных средств в случае невозможности удержания указанных средств с последующих счетов медицинских организаций, оказавших медицинскую помощь.

3.9. Классификатор стоматологических медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, и среднее количество условных единиц трудоемкости (УЕТ) в одной медицинской услуге представлены в Приложении № 50 к Тарифному соглашению.

IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ, НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, а также размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе оказания медицинской помощи устанавливаются в Приложении № 51 к Тарифному соглашению.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2025 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

5.2. Тарифное соглашение от 31 января 2024 года считать утратившим силу с 1 января 2025 года.

5.3. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по согласию всех договаривающихся сторон путем проведения дополнительных переговоров.

5.4. Изменения и дополнения оформляются в письменном виде и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с даты подписания всеми сторонами.

5.5. Изменение действующих тарифов может производиться не чаще одного раза в месяц.

5.6. Увеличение размера тарифов производится при наличии дополнительных финансовых средств.

5.7. С целью поддержания финансового равновесия в системе ОМС осуществляется индексация тарифов в зависимости от суммы средств, дополнительно направляемых на финансирование Территориальной программы ОМС.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министр здравоохранения Республики Адыгея |  | Р.Б. Меретуков |
| Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея |  | С.Ч. Хут |
| Директор Адыгейского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» |  | М.К. Ожев |
| Председатель Адыгейской республиканской общественной организации «Ассоциация стоматологов» |  | В.Б. Шовгенов |
| Председатель Адыгейской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации |  | Л.А. Усачева |