

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Удмуртской Республики на 2017 год

г.Ижевск

« 28 » декабря 2016 года

Представители:

органа исполнительной власти в лице министра здравоохранения Удмуртской Республики Чуршина Алексея Дмитриевича, заместителя министра финансов Удмуртской Республики Сухих Веры Николаевны;

Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (ТФОМС УР) в лице директора Шадрина Сергея Геннадьевича, заместителя директора ТФОМС УР Олоновой Лады Александровны;

страховых медицинских организаций в лице директора филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Ижевске Гориной Александры Владимировны, директора ООО "Росгосстрах-Медицина" - "Росгосстрах-Удмуртия-Медицина" Кирилиной Натальи Викторовны;

медицинских профессиональных некоммерческих организаций в лице главного врача бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики "Завьяловская районная больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики", председателя общественной организации "Ассоциация главных врачей Удмуртской Республики" Савельева Валерия Семеновича;

профессиональных союзов медицинских работников в лице председателя Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Поповой Ольги Пантелеевны, члена Республиканского комитета Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Кузнецовой Натальи Николаевны,

именуемые в дальнейшем Сторонами, на основании Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правил обязательного медицинского страхования, Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики (Тарифное соглашение) о нижеследующем.

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разрабатывалось и заключалось в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,

постановление Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» от 19.12.2017г. №1403,

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»,

приказ 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»,

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,

письмо Минздрава России от 22.12.2016 №11-8/10/2-8266 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22.12.2016г. №12578/26/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»,

письмо Минздрава России от 23.12.2016г. №11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»,

проект постановления Правительства Удмуртской Республики «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики на 2016 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС), их структуры и порядка применения на территории Удмуртской Республики, а также определение размеров санкций, применяемых к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.3. Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, страховые медицинские организации, функционирующие в сфере обязательного медицинского страхования, ТФОМС УР.

1.4. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливают уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы ОМС и учитывают трехуровневую систему оказания медицинской помощи гражданам. Отнесение

медицинской организации к соответствующему уровню оказания медицинской помощи определяется нормативным актом Министерства здравоохранения Удмуртской Республики.

1.5. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики с указанием долей расходования средств в процентах по направлениям расходования средств:

- 1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;
- 2) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;
- 3) приобретение продуктов питания;
- 4) прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, 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 РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

1.6. Статьи расходов классификации операций сектора государственного управления (КОСГУ), включаемые в состав тарифов на оплату медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики, приведены в **приложении 1** к Тарифному соглашению.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Удмуртской Республике

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией персонифицированных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике, по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам на оплату медицинской помощи. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи.

2.1. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за УЕТу, за обращение (законченный случай), используется при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц;

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за УЕТу, за обращение (законченный случай), используется при оплате медицинской помощи в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Удмуртской Республики.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в **приложении 2** к Тарифному соглашению.

2.1.2. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (ПНФ) осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-терапевтами участковыми цехового врачебного участка, врачами-терапевтами подростковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами-педиатрами городскими (районными), врачами-педиатрами медицинских кабинетов и здравпунктов дошкольно-школьных образовательных учреждений (врач-педиатр ДШО), врачами общей практики (семейными врачами), врачами скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, врачами-акушерами-гинекологами, врачами-неврологами, врачами-офтальмологами, врачами - оториноларингологами, врачами-хирургами, врачами-детскими хирургами, фельдшерами, медицинскими сестрами и акушерами (в том числе фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов, медицинских пунктов) (Перечень специалистов в ПНФ), в плановой и неотложной форме, включая расходы на медицинскую помощь в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, хирургические операции, выполненные в рамках посещения (обращения), лабораторные и другие лечебно-диагностические исследования (за исключением компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии).

Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, приведен в **приложении 3** Тарифному соглашению.

Оплата первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц предусматривает различия в затратах на оказание медицинской помощи застрахованным лицам в зависимости от пола и возраста, наличия в медицинской организации отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов).

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

- диспансеризации определенных групп взрослого населения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе принятых под опеку; диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей- сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; профилактические медицинские осмотры взрослого населения и несовершеннолетних;
- посещений в Центрах здоровья;
- медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам (КТ и МРТ);
- медицинской помощи, оказанной врачами–специалистами, не включенными в Перечень специалистов в ПНФ;
- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам УР, не прикрепленным ни к одной медицинской организации;
- медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации;
- медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями третьего уровня, не имеющими прикрепленного населения.

Объем средств, поступающих в медицинскую организацию по подушевому нормативу финансирования, включает расходы на оплату внешних медицинских услуг.

Под внешними медицинскими услугами в амбулаторных условиях (в рамках подушевого финансирования) понимаются посещения, обращения (законченные случаи) прикрепившихся к медицинской организации лиц, оказанные в других медицинских организациях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

Ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц определяется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным для каждой МО в соответствии с Методикой определения дифференцированных

подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций, приведенной в **приложении 4** к Тарифному соглашению.

Ежемесячное финансирование медицинских организаций, имеющих прикрепивших лиц, определяется по формуле:

$$\text{ОФ}_{\text{мес}} = \text{Спф} + \text{Сву1} - \text{Сву} + \text{Свс} + \text{Сдисп} + \text{Сцз} + \text{Скт_мрт} + \text{Снн} + \text{Смтр},$$

где

Спф – ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

Сву1 – оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, включенными в ПНФ, застрахованным лицам УР, прикрепленным к другим медицинским организациям (внешние медицинские услуги);

Сву – сумма, принятая СМО к оплате по счетам других медицинских организаций за оказанные застрахованным лицам, прикрепленным к данной МО, медицинские услуги, включенные в ПНФ.

Свс – оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, не включенными в ПНФ;

Сдисп – оплата диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения;

Сцз – оплата медицинских услуг, оказанных в Центре здоровья;

Скт_мрт – оплата медицинских услуг компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, проводимых в амбулаторных условиях;

Снн – оплата медицинской помощи, оказанной специалистами, включенными в ПНФ, застрахованным лицам УР, не прикрепленным ни к одной МО;

Смтр – оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации;

Внешние медицинские услуги, оказанные медицинской организацией лицам, прикрепившимся к другой медицинской организации, оплачиваются по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай) медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь и удерживаются страховой медицинской организацией из финансирования медицинской организации, к которой эти лица прикреплены, за отчетный месяц.

Оплата амбулаторной помощи, оказанной лицу, застрахованному на территории Удмуртской Республики, но не прикрепленному ни к одной медицинской организации (производится СМО), а также лицу, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации (производится ТФОМС УР), осуществляется по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай) медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь.

Оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, не включенными в ПНФ осуществляется по установленным тарифам за посещение, УЕТу, обращение (законченный случай).

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений при обращениях по поводу заболевания, посещений с профилактической и иной целью (в т.ч. в рамках диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения), неотложной медицинской помощи, а так же посещений оказанных прикрепленному населению и не прикрепленному населению.

2.1.3.1. Стоимость одного посещения **с профилактической и иной целью** (за исключением стоматологической медицинской помощи), в том числе разового посещения по поводу заболевания, по *i*-ой специальности ($S_{проф i}$), рассчитывается по формуле:

$$S_{проф i} = T_{баз_проф} * K_{специ} * K_{ур} + \sum T_{хо}$$

где

$T_{баз_проф}$ – базовая стоимость посещения с профилактической и иной целью;

$K_{специ j}$ – относительный коэффициент стоимости посещения по *i*-ой специальности;

$K_{ур}$ – коэффициент уровня (подуровня) медицинской помощи в медицинской организации;

$\sum T_{хо}$ – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках посещения с профилактической и иной целью.

2.1.3.2. Стоимость одного посещения по оказанию помощи **в неотложной форме** ($S_{неот}$) (за исключением стоматологической медицинской помощи) для оплаты медицинской помощи, не включенной в ПНФ, рассчитывается по формуле:

$$S_{неот} = T_{баз_неот} * K_{ур} + \sum T_{хо}$$

где

$T_{баз_неотл}$ – базовая стоимость посещения по оказанию амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме;

$K_{ур}$ – коэффициент уровня (подуровня) медицинской помощи в медицинской организации;

$\sum T_{хо}$ – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках посещения при оказании помощи в неотложной форме.

2.1.3.3. Оплата за обращение (законченный случай) при оказании медицинской помощи по поводу заболевания осуществляется с учетом количества посещений в обращении. К обращениям по поводу заболевания относятся законченные случаи лечения заболевания при кратности не менее

двух врачебных посещений по поводу одного и того же основного заболевания и выполнении диагностических и лечебных мероприятий в соответствии со стандартами, протоколами, клиническими рекомендациями.

На каждый случай обращения по поводу заболевания заполняется один статистический талон, где отражаются все посещения, выполненные в рамках заболевания. В данном статистическом талоне могут быть указаны посещения к врачам нескольких специальностей, выполненные в рамках одного эпизода оказания медицинской помощи.

Стоимость обращения по поводу заболевания к врачу-специалисту по i -ой специальности ($S_{обри}$) (за исключением стоматологической медицинской помощи) для оплаты медицинской помощи, не включенной в ПНФ рассчитывается по формуле:

$$S_{обри} = T_{баз_заб} * K_{специ} * K_{ур} * N_{пос} + \sum T_{хо}$$

где

$T_{баз_заб}$ – базовая стоимость посещения в обращении по поводу заболевания;

$K_{специ}$ – относительный коэффициент стоимости посещения по i -ой специальности;

$K_{ур}$ – коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации;

$N_{пос}$ – количество посещений в обращении;

$\sum T_{хо}$ – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках обращения по заболеванию.

2.1.3.4. Оплата за посещение при оказании стоматологической медицинской помощи с профилактической и иной целью, в неотложной форме, обращение по поводу заболевания осуществляется с учетом количества условных единиц труда (УЕТ) в посещении (обращении).

Стоимость посещения при оказании стоматологической медицинской помощи с профилактической и иной целью, в неотложной форме, обращения по поводу заболевания по i -ой специальности ($S_{стомi}$) рассчитывается по формуле:

$$S_{стомi} = T_{баз_ует} * K_{специ} * N_{ует}$$

где

$T_{баз_ует}$ – базовая стоимость УЕТ;

$K_{специ}$ – относительный коэффициент стоимости УЕТ по i -ой специальности;

$N_{ует}$ – количество УЕТ в посещении (обращении);

Количество УЕТ, выполненное в рамках посещения (обращения), определяется согласно рекомендуемому классификатору основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной

специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) согласно **приложению 5** к Тарифному соглашению, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

2.1.4. Оплата за посещение в Центре здоровья при оказании медицинской помощи с профилактической целью осуществляется в случаях:

- проведения комплексного обследования (один раз в отчетном году),
- обращения для динамического наблюдения (повторное посещение).

Тарифы посещения в Центре здоровья при проведении комплексного обследования дифференцированы в зависимости от наличия в комплексном обследовании медицинских услуг гигиениста стоматологического и офтальмологического исследования.

Перечень медицинских организаций, имеющих Центры здоровья, приведен в **приложении 6** к Тарифному соглашению.

2.1.5. Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется за законченный случай первого этапа диспансеризации и за посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа диспансеризации.

Стоимость законченного случая проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения включает в себя расходы на проведение осмотра врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового врачебного участка, врачом общей практики), расходы на проведение лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с Приказом МЗ РФ от 03.02.2015 № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате по тарифу законченного случая диспансеризации в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема врача-терапевта (врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача)), число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, должно составлять не более 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина.

В случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап

диспансеризации считается завершенным, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия). В этом случае стоимость законченного случая первого этапа диспансеризации рассчитывается исходя из тарифов осмотров, исследований, иных медицинских мероприятий, предусмотренных для соответствующего возраста и пола гражданина, и фактически выполненных в рамках первого этапа диспансеризации.

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.

Если выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют менее 85% от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра пациента определенной половозрастной категории, оплата осуществляется по тарифу посещения с профилактической и иной целью.

Для оплаты второго этапа диспансеризации настоящим Тарифным соглашением устанавливаются тарифы посещения, единые для всех медицинских организаций, которые включают в себя расходы на проведение осмотра врачом-специалистом и расходы на проведение необходимых дополнительных исследований в соответствии с Приказом МЗ РФ от 03.02.2015 № 36ан.

2.1.6. Оплата профилактического медицинского осмотра взрослого населения осуществляется по тарифу законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра.

Тариф законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения включает в себя расходы на проведение осмотра врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового лечебного участка, врачом общей практики) и расходы на проведение лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с приказом МЗ РФ от 06.12.2012 № 1011н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра".

2.1.7. Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляется по тарифам за законченный случай первого этапа диспансеризации и за посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа диспансеризации.

Тариф законченного случая проведения первого этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, включает в себя расходы на проведение осмотра врачом-педиатром участковым (врачом-педиатром, врачом-педиатром городским (районным), врачом общей практики), проведение осмотров врачами-специалистами (врачом-неврологом, врачом-

офтальмологом, врачом - детским хирургом, врачом-оториноларингологом, врачом-акушером-гинекологом (врачом-детским урологом-андрологом), врачом-травматологом-ортопедом, врачом-стоматологом детским (с возраста 3 лет), врачом - детским эндокринологом (с возраста 5 лет), расходы на проведение лабораторных, инструментальных и иных исследований, согласно Перечню осмотров и исследований в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и приказом МЗ РФ от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью». Отдельно посещения к врачам-специалистам не оплачиваются.

В случае необходимости проведения дополнительных консультаций и исследований, не входящих в Перечень осмотров и исследований, диспансеризация считается завершенной (1 и 2 этап) при получении дополнительной информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего.

Общая продолжительность 1 этапа диспансеризации должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность - не более 45 рабочих дней для 1 и 2 этапа.

Тариф законченного случая проведения первого и второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей включает тариф законченного случая 1 этапа и стоимость посещения к врачам-специалистам по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам посещений с профилактической и иной целью в зависимости от врачебной специальности и уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

2.1.8. Оплата медицинских осмотров несовершеннолетних, осуществляется по тарифам за законченный случай первого этапа проведения медицинского осмотра и за посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа профилактического медицинского осмотра.

Тарифы законченного случая проведения первого этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, проведения первого этапа предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних включают в себя расходы на проведение осмотров врачами-специалистами (врачом-педиатром участковым (врачом-педиатром, врачом-педиатром городским (районным), врачом общей практики), врачом-неврологом, врачом-офтальмологом, врачом-детским хирургом, врачом-оториноларингологом, врачом-акушером-гинекологом (врачом-детским урологом-андрологом), врачом-травматологом-ортопедом, врачом-стоматологом детским, врачом-детским эндокринологом) и выполнение лабораторных, инструментальных и иных исследований в объеме согласно приложению №1 к Порядку

прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1346н "О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них".

В случае необходимости проведения дополнительных консультаций и исследований, не входящих в Перечень осмотров и исследований, медицинский осмотр несовершеннолетних считается завершенным (1-й и 2-й этап) при получении дополнительной информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего.

Общая продолжительность 1-го этапа медицинского осмотра несовершеннолетних должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность - не более 45 рабочих дней для 1-го и 2-го этапа профилактического медицинского осмотра и не более 30 рабочих дней для 1-го и 2-го этапа предварительного медицинского осмотра.

Тариф законченного случая проведения первого и второго этапа профилактического и предварительного осмотра включает тариф законченного случая 1 этапа и стоимость посещения к врачам-специалистам по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам посещений с профилактической и иной целью в зависимости от врачебной специальности и уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

2.1.9. Оплата за отдельную медицинскую услугу осуществляется в случаях оказания услуги компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной терапии (МРТ) в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи в приёмном отделении стационара медицинской организации без дальнейшей госпитализации, по утвержденным тарифам без учета уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за медицинскую услугу КТ и /или МРТ, приведен в **приложении 7** к Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинские услуги КТ и МРТ дифференцированы в зависимости от наличия/отсутствия внутривенного контрастирования и способа введения контрастного вещества: вручную или с использованием механического шприца-инжектора вне зависимости от объема вводимого контрастного вещества.

Перечень медицинских услуг КТ и МРТ, оплачиваемых по отдельным тарифам, приведен в **приложении 8** к Тарифному соглашению.

Оплата медицинских услуг КТ и МРТ, проводимых в период пребывания пациента в стационаре (дневном стационаре), осуществляется в составе оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ).

2.2. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний (КСГ));
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в **приложении 9** к Тарифному соглашению.

2.2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Территориальную программу ОМС, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи.

Если в период лечения в круглосуточном стационаре пациенту выполнялись процедуры диализа, то дополнительно к стоимости лечения по КСГ производится оплата выполненных услуг диализа. При этом стоимость услуг диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

2.2.3. Основными критериями отнесения законченного случая лечения пациента к конкретной клинико-статистической группе являются код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10 пересмотр» (МКБ-10) и код услуги (хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии) (при наличии) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 №1664н.

В качестве дополнительных критериев отнесения к КСГ используются следующие признаки:

- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код услуги);
- код сопутствующего диагноза или осложнения заболевания (код по МКБ-10);
- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- возраст и пол пациента;
- длительность лечения.

Отнесение случая лечения в стационаре к конкретной КСГ на основе основных и дополнительных критериев группировки осуществляется в соответствии с проектом Методических рекомендаций ФФОМС и МЗ РФ по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и Инструкцией ФФОМС по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев.

2.2.4. В ряде случаев, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость КСГ, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости терапевтической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, оплата может осуществляться по терапевтической группе. Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ, для которых отнесение случая к КСГ должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры (отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-10 к терапевтической группе исключается):

Комбинации КСГ, при которых выбор КСГ осуществляется на основе кода номенклатуры			
Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по коду услуги	Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по коду диагноза
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских

			половых органов
74	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	18	Воспалительные заболевания кишечника
75	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	18	Воспалительные заболевания кишечника
160	Операции на органе зрения (уровень 1)	166	Болезни глаза
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)	286	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)	194	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети
232	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	229	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов
34	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	231	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов
243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани

2.2.5. Особенности формирования отдельных групп:

2.2.5.1. При отнесении к КСГ №220 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» (основной критерий отнесения: код диагноза по МКБ-10), используются дополнительные критерии отнесения: комбинация диагнозов плюс диагноз, характеризующий тяжесть состояния. В эту группу относятся травмы в 2 и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ) или один диагноз множественной травмы и травмы в нескольких областях тела + как минимум один из нижеследующих диагнозов: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8.

2.2.5.2. КСГ по профилю «Комбустиология» (ожоговые группы) формируются методом комбинации двух диагнозов, один из которых характеризует степень ожога, а другой - площадь ожога. Исключением являются ожоги дыхательной системы (коды МКБ-10), при наличии которых случай относится к КСГ 284 Ожоги (уровень 4) независимо от степени и

площади ожога туловища. Ожоги других внутренних органов относятся к КСГ иных профилей, например, диагноз T28.5 «Химический ожог рта и глотки» будет отнесен к КСГ 198 «Другие болезни органов пищеварения, взрослые» или КСГ 169 «Другие болезни органов пищеварения, дети».

2.2.5.3. При отнесении случая к КСГ 45 (основной критерий отнесения: код операции, дополнительные критерии: возраст и сопутствующий диагноз), для доношенных детей критерием новорожденности является возраст не более 28 дней. Для недоношенных детей (недоношенность обозначается кодами МКБ 10 сопутствующего диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3) отнесение к данной группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения. Дети возрастом от 90 дней до года классифицируются по тем же операциям в КСГ 44.

2.2.5.4. Отнесение к КСГ 107 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций» производится по кодам номенклатуры A16.09.011.003 «Высокочастотная искусственная вентиляция легких», A16.09.011.004 «Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция легких» или A16.09.011.002 «Неинвазивная искусственная вентиляция легких» в зависимости от дополнительного критерия отнесения – возраст следующим образом:

- если новорожденный ребенок характеризуется нормальной массой тела при рождении, но страдает заболеванием, требующем использования искусственной вентиляции легких. В этом случае критерием новорожденности является возраст не более 28 дней;

- если ребенок имел при рождении низкую массу тела, но госпитализируется по поводу другого заболевания, требующего использования искусственной вентиляции легких. В этом случае отнесение к данной группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения; должен быть указан основной диагноз (являющийся поводом к госпитализации) и сопутствующий диагноз - недоношенность (обозначается кодами МКБ 10 диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3).

2.2.5.5. Отнесение к КСГ 4 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV.Беременность, роды и послеродовой период (O00 – O99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из трех услуг:

V01.001.009 «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом»,
V02.001.002 «Ведение физиологических родов акушеркой»,

В01.001.006 «Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом».

Если при наличии диагноза класса XV.Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью».

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ (по отделению патологии и родовому отделению) возможна в случае пребывания в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более.

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10: O14.1 Тяжелая преэклампсия; O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери; O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующей предоставления медицинской помощи матери; O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери; O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

2.2.5.6. Отнесение случаев к группам, относящимся к химиотерапии, осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» и одного из следующих кодов Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A25.30.014	Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей
A25.30.033	Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых
A25.30.033.001	Назначение лекарственной терапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых
A25.30.033.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых
A25.30.033.007	Назначение лекарственной терапии с применением других препаратов, влияющих на структуру и минерализацию костей (деносумаб) при злокачественном новообразовании у взрослых

Услуга назначения лекарственной терапии выбирается в соответствии с применяемым лекарственным препаратом и его принадлежностью к группе

лекарственных средств согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации.

При этом за законченный случай принимается курс химиотерапевтического лечения, выполненный в период одной госпитализации.

2.2.5.7. Отнесение случаев к КСГ 302 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии» производится на основе комбинации кода терапевтического диагноза и кода номенклатуры, обозначающего услугу по назначению лекарственных препаратов. Услуга назначения лекарственной терапии выбирается в соответствии с применяемым лекарственным препаратом и его принадлежностью к группе лекарственных средств согласно АТХ-классификации.

Для отдельных комбинаций кода диагноза и кода номенклатуры дополнительным квалификационным критерием отнесения к КСГ 302 является возраст: до двух лет.

2.2.6. Стоимость одного случая лечения в стационаре ($S_{\text{госп}}$) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$S_{\text{госп}} = T_{\text{стац}} * K_3 * K_{\text{ур}} * K_{\text{упр}} * K_{\text{слп}} * K_{\text{свк}} + T_{\text{д}} * N_{\text{д}}$$

где: $T_{\text{стац}}$ - средняя стоимость законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка),

K_3 - коэффициент относительной затроемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, характеризует затроемкость клинико-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке;

$K_{\text{ур}}$ - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент, применяется ко всем КСГ, за исключением перечня, определенного в п.2.2.7 Тарифного соглашения;

$K_{\text{упр}}$ - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается с целью регулирования уровня госпитализаций, уменьшения количества непрофильных госпитализаций, стимулирования развития применения современных эффективных технологий;

$K_{\text{слп}}$ - коэффициент сложности лечения пациента, учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях;

$K_{\text{свк}}$ - коэффициент оплаты случаев лечения с длительностью менее 3 дней включительно;

$T_{\text{д}}$ - тариф на услугу проведения процедуры диализа (гемодиализа, перитонеального диализа);

Нд – количество услуг гемодиализа (дней обмена перитонеального диализа), проведенных в рамках законченного случая лечения пациента в условиях стационара.

2.2.7. Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены в коэффициенте затратоемкости, при оплате медицинской помощи по ряду КСГ не применяется коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи (устанавливается равным 1,0). Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, приведен ниже.

Код КСГ	Наименование КСГ
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
29	Легкие дерматозы
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
300	Комплексное лечение заболеваний с применением препаратов иммуноглобулина
95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
159	Замена речевого процессора
195	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
197	Болезни желчного пузыря
199	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
200	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, (уровень 1)
204	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
230	Болезни предстательной железы
243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
253	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
259	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
271	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
272	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
273	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
274	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
275	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

2.2.8. Коэффициент сложности лечения пациента (Кслп) применяется в следующих случаях лечения пациентов в стационарных условиях:

- при лечении пациентов в возрасте старше 75 лет;
- при лечении пациентов в возрасте до 4 лет (кроме КСГ, относящихся к профилю «неонатология» при госпитализации детей до 1 года);
- при предоставлении спального места и питания одному из родителей (законному представителю) при совместном нахождении с ребенком в медицинской организации при оказании ребенку медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- при сверхдлительных сроках госпитализации (Ксвдл), обусловленных медицинскими показаниями, значение определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней:

$K_{свдл} = 1 + (ФКД - НКД) / НКД * Кдл$, где

Кдл - коэффициент длительности, устанавливаемый в размере 0,25;

ФКД - фактическое количество койко-дней;

НКД - нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней)

При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ, при которых критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 45 дней:

№ КСГ	Наименование КСГ
44	Детская хирургия, уровень 1
45	Детская хирургия, уровень 2
106	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
148	Лучевая терапия, уровень затрат 2
149	Лучевая терапия, уровень затрат 3
220	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
266	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
267	Панкреатит, хирургическое лечение
285	Ожоги (уровень 5)

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями, рассчитанное значение Кслп, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

2.2.9. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, при летальном исходе, преждевременной выписке пациента из медицинской организации (лечение прервано по инициативе пациента, лечение прервано по инициативе медицинской организации, самовольно прерванное лечение), а также при проведении в стационаре диагностических исследований.

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи осуществляется по тарифу койко-дня в зависимости от количества фактически проведенных койко-дней в стационаре. Стоимость прерванного случая оказания медицинской помощи (СТпрерв) рассчитывается по формуле:

$$\text{СТпрерв} = \text{Ткдн} * \text{Кдн} + \text{Тд} * \text{Нд},$$

где

Ткдн - стоимость одного койко-дня для оплаты прерванных случаев;

Кдн - фактическое количество койко-дней,

Тд – тариф на услугу проведения процедуры диализа (гемодиализа, перитонеального диализа);

Нд – количество услуг гемодиализа (дней обмена перитонеального диализа), проведенных в рамках законченного случая лечения пациента.

Если стоимость прерванного случая оказания медицинской помощи, рассчитанная исходя из тарифа койко-дня и фактически проведенных пациентом койко-дней (с учетом услуг гемодиализа), превышает стоимость случая лечения, определенную по КСГ, оплата прерванного случая осуществляется в соответствии с пунктом 2.2.6 Тарифного соглашения.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение или либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ не проводилось, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз). Также оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения по следующим КСГ:

Код КСГ	Наименование КСГ
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение

Код КСГ	Наименование КСГ
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
300	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина
97	Сотрясение головного мозга
146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
159	Замена речевого процессора
160	Операции на органе зрения (уровень 1)
161	Операции на органе зрения (уровень 2)
185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

2.2.10. Оплата медицинской помощи при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), оплачивается как один случай по КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратоемкости, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Такие случаи оплачиваются по двум КСГ.

2.2.11. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Территориальной программе ОМС в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (Перечень). В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, или случай

оказания ВМП является прерванным, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

2.2.12. Стоимость законченного случая лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи ($S_{вмп}$) рассчитывается по формуле:

$$S_{вмп} = T_{вмпі},$$

где $T_{вмпі}$ – тариф на оплату законченного случая лечения заболевания в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемый в соответствии с нормативами финансовых затрат по Территориальной программе обязательного медицинского страхования для i -той группы ВМП.

2.2.13. Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания медицинской реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза.

При этом выбор КСГ по медицинской реабилитации (КСГ 307 - 315) в стационаре возможен, если пациент нуждается в специализированном круглосуточном медицинском наблюдении.

2.3. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

2.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в **приложении 10** к Тарифному соглашению.

2.3.2. Отнесение случая лечения в дневном стационаре к конкретной КСГ осуществляется на основе основных и дополнительных критериев.

Основными критериями отнесения законченного случая лечения пациента к конкретной клинико-статистической группе являются код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая

классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10 пересмотр» (МКБ-10) и код услуги (хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии) (при наличии) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 №1664н.

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ для дневного стационара используются следующие признаки:

- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);
- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- возраст пациента.

В ряде случаев, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость КСГ, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости терапевтической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, оплата может осуществляться по терапевтической группе. Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ, для которых отнесение случая к КСГ должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры:

Комбинации КСГ, при которых выбор КСГ осуществляется на основе кода номенклатуры			
Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по коду услуги	Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по коду диагноза
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)	1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода

2.3.3. Для оплаты процедур диализа (гемодиализа, перитонеального диализа) применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу (день обмена для перитонеального диализа). При этом стоимость услуг диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. Исключение составляет перитонеальный диализ, который оплачивается без применения КСГ.

Учитывая особенности оказания услуг диализа, а также пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, за законченный случай лечения пациента в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

2.3.4. Стоимость законченного случая лечения заболевания по КСГ в дневном стационаре ($S_{госп}$) определяется по следующей формуле:

$$S_{\text{госп}} = T_{\text{дс}} * K_3 * K_{\text{упр}} * K_{\text{свк}} + C_{\text{д}}$$

где: $T_{\text{дс}}$ - средняя стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка),

K_3 - коэффициент относительной затратоемкости КСГ, характеризующий затратоемкость клинико-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке;

$K_{\text{упр}}$ - управленческий коэффициент, устанавливаемый с целью регулирования уровня госпитализаций, уменьшения количества непрофильных госпитализаций, стимулирования развития применения современных эффективных технологий;

$K_{\text{свк}}$ - коэффициент оплаты случаев лечения с длительностью менее 3 дней включительно;

$C_{\text{д}}$ - стоимость услуг гемодиализа с учетом количества фактически выполненных услуг в рамках законченного случая лечения.

2.3.5. Стоимость услуг диализа, выполненных услуг в рамках законченного случая лечения рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{д}} = T_{\text{д}} * N_{\text{д}},$$

где

$T_{\text{д}}$ - тариф на услугу гемодиализа или перитонеального диализа;

$N_{\text{д}}$ - количество услуг гемодиализа или дней обмена перитонеального диализа, проведенных в рамках законченного случая лечения пациента в условиях дневного стационара.

В связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в дневных стационарах медицинских организаций Удмуртской Республики коэффициент уровня оказания медицинской помощи для условий дневного стационара не устанавливается.

2.3.6. Отнесение к КСГ при хронических вирусных гепатитах (КСГ 21 «Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия», КСГ 22 «Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3», КСГ 23 «Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3», КСГ 24 и 25 «Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 1 и 2), производится по основному критерию отнесения – диагнозу по МКБ-10 с учетом наличия сопутствующего диагноза, а также проводимого лекарственного лечения в соответствии со следующими кодами Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A25.14.004.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1

A25.14.004.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеаз при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1
A25.14.004.003	Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1
A25.14.005.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 2
A25.14.006.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 3
A25.14.007.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4
A25.14.007.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеаз при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4
A25.14.007.003	Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4
A25.14.008.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите В
A25.14.008.002	Назначение лекарственной терапии с применением нуклеозидов и нуклеотидов обратной транскриптазы при хроническом вирусном гепатите В

Услуга назначения лекарственной терапии выбирается в соответствии с применяемым лекарственным препаратом и его принадлежностью к группе лекарственных средств согласно АТХ-классификации. Коэффициент затратоемкости учитывает усредненные затраты на проведение 1 месяца терапии.

2.3.7. Оплата вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) осуществляется по тарифам законченного случая по соответствующей подгруппе КСГ 5 «Экстракорпоральное оплодотворение» с учетом дополнительных квалификационных критериев - этапов проведения ЭКО, включенных в законченный случай лечения в соответствии с Порядком организации проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС в медицинских организациях Удмуртской Республики, утвержденным распоряжением Министерства здравоохранения УР от 30.06.2015г. №360.

2.3.8. Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания медицинской реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза, для пациентов, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении.

2.3.9. При длительности лечения менее 3 дней включительно если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости,

определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение или либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ не проводилось, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз).

По следующим КСГ понижающий коэффициент оплаты при длительности лечения 3 дня и менее не применяется (устанавливается равным 1) и оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

Код КСГ	Наименование КСГ
5.1	Экстракорпоральное оплодотворение, этап 1
5.2	Экстракорпоральное оплодотворение, этапы 1 и 2
5.3	Экстракорпоральное оплодотворение, этапы 1,2 и 3
5.4	Экстракорпоральное оплодотворение, этапы 1,3 и 4
5.5	Экстракорпоральное оплодотворение, этапы 1,2 и 4
5.6	Экстракорпоральное оплодотворение, этапы 1 и 4
5.7	Экстракорпоральное оплодотворение, этапы 1,2,3 и 4
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)
7	Аборт медикаментозный
36	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
55	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
61	Замена речевого процессора
72	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
76	Отравления и другие воздействия внешних причин
111	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов

Оплата прерванных случаев лечения в дневном стационаре осуществляется аналогично п.2.2.10 Тарифного соглашения.

2.4. Применение способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.4.1. Оплата 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), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

По отдельным тарифам оплачиваются:

1) вызовы скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики;

2) вызовы скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, и оплата скорой медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, приведен в **приложении 11** к Тарифному соглашению.

Ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, определяется в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации приведенной в **приложении 12** к Тарифному соглашению.

2.4.2. Оплата случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи с применением препаратов "алтеплаза" и "тенектеплаза" осуществляется по утвержденным тарифам за вызов скорой медицинской помощи дополнительно к объему подушевого финансирования скорой медицинской помощи.

2.4.3. Случаи вызовов скорой медицинской помощи к одному и тому же больному в течение одного дня подлежат учету, оплате и обязательной последующей экспертизе со стороны СМО (ТФОМС УР).

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

3.1.1. средний размер финансового обеспечения помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **3 505,2** руб.

3.1.2. размер подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в размере **151,68** руб. Структура подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи представлена в **приложении 13** к Тарифному соглашению;

3.1.3. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии с **приложением 14** к Тарифному соглашению;

3.1.4. средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в соответствии с **приложением 15** к Тарифному соглашению;

3.1.5. базовая стоимость посещений при оказании амбулаторной медицинской помощи (за исключением стоматологической) с профилактической и иной целью, в связи с заболеваниями и в неотложной форме, относительные коэффициенты стоимости посещений по специальностям и структура стоимости посещений в соответствии с **приложением 16** к Тарифному соглашению;

3.1.6. базовая стоимость УЕТ по специальностям при оказании стоматологической медицинской помощи, относительные коэффициенты стоимости УЕТ по специальностям и структура стоимости УЕТ в соответствии с **приложением 17** к Тарифному соглашению;

3.1.7. коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с **приложением 18** к Тарифному соглашению;

3.1.8. тарифы и структура тарифов законченных случаев и посещений в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с **приложением 19** к Тарифному соглашению;

3.1.9. тарифы и структура тарифов на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполняемые в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с **приложением 20** к Тарифному соглашению;

3.1.10. тарифы и структура тарифов посещений Центра здоровья с целью проведения комплексного обследования или динамического наблюдения в соответствии с **приложением 21** к Тарифному соглашению;

3.1.11. перечень хирургических операций, оплачиваемых при оказании амбулаторной медицинской помощи, в соответствии с **приложением 22** к Тарифному соглашению;

3.1.12. тарифы хирургических операций при оказании амбулаторной медицинской помощи в соответствии с **приложением 23** к Тарифному соглашению;

3.1.13. тарифы и структура тарифов компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии при оказании амбулаторной медицинской помощи, в соответствии с **приложением 24** к Тарифному соглашению.

3.2. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

3.2.1. средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **4386,0** руб.;

3.2.2. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, управленческих коэффициентов и коэффициентов оплаты случаев лечения с длительностью менее 3 дней включительно для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара в соответствии с **приложением 25** к Тарифному соглашению;

3.2.3. размер средней стоимости законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере **18 755,7** руб. стоимость одного койко-дня для оплаты прерванных случаев по КСГ в размере **1 913,8** руб.;

3.2.4. коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с **приложением 26** к Тарифному соглашению;

3.2.5. коэффициенты сложности курации пациента, применяемые при оплате медицинской помощи в стационарных условиях, в соответствии с **приложением 27** к Тарифному соглашению;

3.2.6. структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по клинико-статистическим группам заболеваний в соответствии с **приложением 28** к Тарифному соглашению;

3.2.7. тарифы и структура тарифов на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с **приложением 29** к Тарифному соглашению.

3.3. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, устанавливаются:

3.3.1. средний размер финансового обеспечения стационарозамещающей медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **794,0** руб.;

3.3.2. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, управленческих коэффициентов и коэффициентов оплаты случаев лечения с длительностью менее 3 дней включительно для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в соответствии с **приложением 30** к Тарифному соглашению;

3.3.3. размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере **7 680,3** руб.,

стоимость пациенто-дня для оплаты прерванных случаев лечения пациента в дневном стационаре в размере **903,6** руб.

3.3.4. структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, по клинко-статистическим группам заболеваний в соответствии с **приложением 31** к Тарифному соглашению.

3.3.5. тарифы и структура тарифов на услуги гемодиализа и перитонеального диализа в соответствии с **приложением 32** к Тарифному соглашению.

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

3.4.1. средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **584,9** руб.;

3.4.2. размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в размере **46,75** руб. в месяц;

3.4.3. тариф вызова скорой медицинской помощи без проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики в размере **1 983,3** руб.;

3.4.4. тарифы вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи в размерах:

- тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи с применением лекарственного препарата "Алтеплаза" **56 972** руб.;

- тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи с применением лекарственного препарата "Тенектеплаза" **85 869** руб.

3.4.5. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в соответствии с **приложением 33** к Тарифному соглашению;

3.4.6. средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в соответствии с **приложением 34** к Тарифному соглашению;

3.4.7. структура подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и структура тарифов вызова скорой медицинской помощи в соответствии с **приложением 35** к Тарифному соглашению.

4. Размеры 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. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с **приложением 36** к Тарифному соглашению.


5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2017 г. Действие Тарифного соглашения прекращается с момента принятия нового Тарифного соглашения.


5.2. При наличии объективных причин установленные тарифы могут изменяться в течение года путем принятия Дополнений к данному Тарифному соглашению.

ПОДПИСИ СТОРОН

Заместитель председателя Комиссии, министр
здравоохранения Удмуртской Республики

 Чуршин А.Д.


Заместитель председателя Комиссии, директор
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Удмуртской Республики

 Шадрин С.Г.


Заместитель директора Территориального
фонда обязательного медицинского страхования
Удмуртской Республики, секретарь Комиссии

 Олонова Л.А.

Заместитель министра финансов Удмуртской
Республики- начальник Бюджетного управления
Министерства финансов Удмуртской
Республики

 Сухих В.Н.

Директор филиала ООО «Страховая компания
«Ингосстрах-М» в г. Ижевске

 Горина А.В.


Директор филиала ООО «РГС-Медицина»
- «Росгосстрах-Удмуртия-Медицина»

 Кирилина Н.В.

Председатель профсоюзного комитета БУЗ УР
"ГКБ №9 МЗ УР", член Республиканского
комитета Удмуртской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

 Кузнецова Н.Н.

Председатель Удмуртской Республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

 Попова О.П.

Главный врач БУЗ УР «Завьяловская районная
больница МЗ УР, председатель общественной
организации «Ассоциация главных врачей УР»

 Савельев В.С.