

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Удмуртской Республики на 2018 год

г.Ижевск

« 25» декабря 2017 года

Представители:

органа исполнительной власти в лице и.о. заместителя Председателя Правительства Удмуртской Республики Муталенко Анастасии Александровны, первого заместителя министра здравоохранения Удмуртской Республики Воздвиженского Андрея Вадимовича, заместителя министра финансов Удмуртской Республики Сухих Веры Николаевны;

Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (ТФОМС УР) в лице директора ТФОМС УР Митрошина Павла Вячеславовича, заместителя директора ТФОМС УР Олоновой Лады Александровны, начальника отдела по реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ТФОМС УР Зелинской Яны Витальевны;

страховых медицинских организаций в лице директора Удмуртского филиала акционерного общества "Страховая компания "Согаз-Мед" Гаврилова Владимира Александровича, 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 председателя Совета общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников" Мальчикова Аркадия Яковлевича, члена общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников" Перевозчикова Юрия Геннадьевича, члена общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников" Савельева Валерия Семеновича;

профессиональных союзов медицинских работников в лице председателя Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации (УРО ПРЗ РФ) Поповой Ольги Пантелеевны, члена Республиканского комитета УРО ПРЗ РФ Кузнецовой Натальи Николаевны, главного специалиста по оплате труда УРО ПРЗ РФ Симоновой Веры Ивановны,

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 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» от 08.12.2017г. №1492,

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 МЗ РФ от 21.11.2017 г. № 11-7/10/2-8080 и ФФОМС от 21.11.2017 г. № 13572/26-2/и "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования",

письмо Минздрава России от 13.12.2017г. №11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»,

проект постановления Правительства Удмуртской Республики «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 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. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

1.5. 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 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-акушерами-гинекологами, врачами-неврологами, врачами-офтальмологами, врачами-оториноларингологами, врачами-хирургами, врачами-детскими хирургами, врачами-дерматовенерологами, врачами-инфекционистами, фельдшерами, медицинскими сестрами и акушерами (в том числе фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов, медицинских пунктов) (Перечень специалистов в ПНФ), в плановой 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 услуг, оплачиваемые по отдельным тарифам).

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 (в т.ч. 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;
- диализа в амбулаторных условиях;
- медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;
- медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам;
- 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:

$$\text{ОФмес} = \text{Спф} + \text{Сву1} - \text{Сву} + \text{Свс} + \text{Сдисп} + \text{Сцз} + \text{Сд} + \text{Сусл} + \text{Снн} + \text{Смтр},$$

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, и оплата медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;

Сдисп – оплата диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения;

Сцз – оплата медицинских услуг, оказанных в Центре здоровья;

Сд – оплата медицинских услуг диализа в амбулаторных условиях;

Сусл – оплата прочих медицинских услуг, проводимых в амбулаторных условиях, и оплачиваемых по отдельным тарифам;

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.

2.1.3. 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 по оказанию помощи **в неотложной форме** ($S_{неот}$) (за исключением стоматологической медицинской помощи) для оплаты медицинской помощи рассчитывается по формуле:

$$S_{неот} = T_{неот} + \sum T_{хо}$$

где

$T_{неотл}$ – тариф посещения по оказанию амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме для медицинских организаций соответствующего уровня оказания медицинской помощи;

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

2.1.3.2. Стоимость одного посещения **с профилактической и иной целью** (за исключением стоматологической медицинской помощи), а также посещения в обращении по поводу заболевания, по i -ой специальности (S_i), рассчитывается по формуле:

$$S_i = T_i + \sum T_{хо}$$

где

T_i - тариф посещения с профилактической и иной целью, посещения в обращении по поводу заболевания, по i -ой специальности для медицинских организаций соответствующего уровня оказания медицинской помощи;

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

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 ($S_{обр}$) рассчитывается как сумма всех посещений, выполненных в рамках одного обращения по заболеванию:

$$S_{обр} = \sum S_j$$

где

S_j – тариф j-го посещения в обращении по поводу заболевания.

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:

$$S_{стомi} = T_{i_ует} * N_{ует}$$

где

$T_{i_ует}$ – тариф УЕТ по i специальности;

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

Количество УЕТ, выполненное в рамках посещения (обращения), определяется согласно **приложению 5** к Тарифному соглашению.

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).

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 законченный случай 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 лечебного участка, врачом общей практики), расходы на проведение лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с приказом МЗ РФ от 26.10.2017г. №869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения".

Для оплаты второго этапа диспансеризации настоящим Тарифным соглашением устанавливаются тарифы законченного случая, 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 26.10.2017г. № 869н.

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 врачами-специалистами и расходы на выполнение 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».

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.

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 лечебной специальности и уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

2.1.8. Оплата профилактического медицинского осмотра 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 включают в себя расходы на проведение осмотров врачами-специалистами и выполнение лабораторных, инструментальных и иных исследований в объеме согласно приложению №1 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н.

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.

2.1.9. Оплата за отдельную медицинскую услугу осуществляется в случаях оказания услуги компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной терапии (МРТ), сцинтиграфии 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, 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, МРТ и сцинтиграфии, оплачиваемых по отдельным тарифам, приведен в **приложении 8** к Тарифному соглашению.

Медицинские услуги КТ, МРТ, сцинтиграфии, проводимые в период пребывания пациента в стационаре (дневном стационаре), включены в оплату за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ).

2.1.10. При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за услугу диализа. Проведение диализа в амбулаторных условиях планируется и учитывается как 1 обращение по заболеванию в месяц, оплачивается с учётом количества фактически проведённых за месяц процедур.

Тарифы на услуги диализа дифференцированы по методам диализа и устанавливаются Тарифным соглашением в соответствии с Методическими рекомендациями ФФОМС и МЗ РФ по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС. Обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

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;
- услуг диализа, включающих различные методы.

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи. При этом часть диагнозов, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретному профилю медицинской помощи не учитывается. Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

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 Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н (Номенклатура услуг).

В качестве дополнительных критериев отнесения к КСГ используются следующие признаки:

- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код услуги);
- код сопутствующего диагноза или осложнения заболевания (код по МКБ-10);
- возраст и пол пациента;
- длительность лечения;
- оценка состояния пациента по шкалам: Шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), Шкала Реабилитационной Маршрутизации;
- схема лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей);
- длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких (непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более при оценке по шкале SOFA не менее 5, либо непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более).

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации.

2.2.4. Отнесение случая лечения в стационаре к конкретной КСГ на основе основных и дополнительных критериев группировки осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями 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, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (вместе с Расшифровкой КСГ в соответствии с МКБ 10, Номенклатурой услуг и дополнительными квалификационными критериями для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара) (письмо ФФОМС от 12.12.2017 №14531/26-2/и).

В ряде случаев, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратоемость группы, к которой данный случай был отнесен на основании

кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата может осуществляться по группе, сформированной по диагнозу. 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
76	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	18	Воспалительные заболевания кишечника
77	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	18	Воспалительные заболевания кишечника
173	Операции на органе зрения (уровень 1)	179	Болезни глаза
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)	300	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)	207	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети
245	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	242	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов
35	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	244	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых

			органов
256	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	271	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи

2.2.5. Стоимость законченного случая лечения по КСГ (S_{госп}) в стационаре определяется по следующей формуле:

$$S_{\text{госп}} = \text{БС} * K_3 * K_{\text{ур}} * K_{\text{упр}} * K_{\text{слп}}$$

где: БС - средняя стоимость законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка),

K₃ - коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, характеризует затратоемкость клинико-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке;

K_{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.2.2.6 Тарифного соглашения;

K_{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_{слп} – суммарное значение коэффициентов сложности лечения пациента, учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

2.2.6. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены в коэффициенте затратоемкости, при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи не применяется (устанавливается равным 1,0). Перечень КСГ в условиях

стационара, для которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, приведен ниже.

Код КСГ	Наименование КСГ
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
30	Легкие дерматозы
86	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
97	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
172	Замена речевого процессора
208	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
210	Болезни желчного пузыря
212	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
213	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, (уровень 1)
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
243	Болезни предстательной железы
256	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
266	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
272	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
284	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
285	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
286	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
287	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
288	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
314	Комплексное лечение заболеваний с применением препаратов иммуноглобулина
316	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

2.2.7. Перечень КСГ в условиях стационара, для которых не может применяться понижающий управленческий коэффициент в связи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы, в том числе связанные с применением лекарственной терапии онкологическим больным, приведен ниже.

Код КСГ	Наименование КСГ
32	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
33	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети
34	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других

Код КСГ	Наименование КСГ
	локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети
70	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
71	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
73	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
75	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
92	Инфаркт мозга (уровень 2)
93	Инфаркт мозга (уровень 3)
107	Малая масса тела при рождении, недоношенность
108	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость*
109	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
144	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
145	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
156	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе
157	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
158	Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
159	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии

Код КСГ	Наименование КСГ
	злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)

2.2.8. Перечень КСГ в условиях стационара, для которых не может применяться повышающий управленческий коэффициент, так как лечение по данным группам может быть в подавляющем случае выполнено с применением стационарозамещающих технологий либо амбулаторно, приведен ниже.

Код КСГ	Наименование КСГ
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
30	Легкие дерматозы
56	Кишечные инфекции, взрослые
97	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
208	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
210	Болезни желчного пузыря
212	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
213	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
243	Болезни предстательной железы
256	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
266	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
272	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы

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

- при лечении пациентов в возрасте до 4 лет (кроме КСГ, относящихся к профилю «неонатология» при госпитализации детей до 1 года);
- при лечении пациентов в возрасте старше 75 лет (кроме КСГ, относящихся к профилю «Гериатрия»);
- при лечении пациентов в возрасте старше 60 лет при наличии у них функциональной зависимости (индекс Бартела 60 баллов и менее) (только для КСГ, относящихся к профилю «Гериатрия»);
- 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:

$$Ксвдл = 1 + (ФКД - НКД) / НКД * Кдл, \text{ где}$$

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
45	Детская хирургия, уровень 1
46	Детская хирургия, уровень 2
108	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
109	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
161	Лучевая терапия, уровень затрат 2
162	Лучевая терапия, уровень затрат 3
233	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
279	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
280	Панкреатит, хирургическое лечение
298	Ожоги (уровень 5)

Суммарное значение коэффициентов сложности лечения пациента (Кслп), применяемых при наличии нескольких критериев, рассчитывается по формуле:

$$Кслп = Кслп1 + (Кслп2 - 1) + (КслпN - 1)$$

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

2.2.10. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи, к которым относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, а также при длительности госпитализации менее 3 дней включительно, осуществляется в следующем порядке.

В случае, когда длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается **в размере 90%** от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение 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 МКБ 10).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней и 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 либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере **50%** от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

Кроме того, независимо от длительности лечения оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационаре осуществляется в полном объеме по следующим КСГ:

Код КСГ	Наименование КСГ
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
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
70	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
71	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
73	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
75	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
86	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
92	Инфаркт мозга (уровень 2)
93	Инфаркт мозга (уровень 3)
99	Сотрясение головного мозга
109	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)

Код КСГ	Наименование КСГ
148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
157	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
159	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
167	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
168	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
172	Замена речевого процессора
173	Операции на органе зрения (уровень 1)
174	Операции на органе зрения (уровень 2)
198	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
219	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
271	Доброкачественные новообразования, новообразования <i>in situ</i> кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)
314	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина
316	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

2.2.11. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ с учетом установленных правил оплаты прерванных случаев.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата по двум КСГ: КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ 4 «Родоразрешение» или КСГ 5 «Кесарево сечение»);
- в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10: О14.1 Тяжелая преэклампсия; О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери; О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующей предоставления медицинской помощи матери; О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери; О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

2.2.12. Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Дополнительным квалификационным критерием отнесения к КСГ служит оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ), разработанная Союзом реабилитологов России (оценки 4, 5 и 6 по ШРМ в условиях стационара, с оплатой по соответствующей КСГ, оценки 2 и 3 по ШРМ в условиях дневного стационара). Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении пациента в круглосуточный стационар или дневной стационар. В случае, если состояние пациента может быть описано набором утверждений, относящихся к разным статусам по ШРМ, выставляется оценка, соответствующая описанию, для которого выполняется большинство критериев.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями

центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

2.2.13. В стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

2.2.14. Если в период лечения в круглосуточном стационаре пациенту выполнялись процедуры диализа, то оплата выполненных услуг диализа производится дополнительно к стоимости лечения по КСГ, являющейся поводом для госпитализации. 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. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ (коэффициент уровня, управленческий коэффициент, коэффициент сложности лечения пациента) к стоимости услуг диализа не применяются. При этом в период лечения пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

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

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.

2.3. 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.

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;
- пол;
- оценка состояния пациента (по Шкале Реабилитационной Маршрутизации);
- схема лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей).

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

Комбинации КСГ, при которых выбор КСГ осуществляется на основе кода Номенклатуры услуг			
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. Стоимость законченного случая лечения по КСГ (S_{госп}) в дневном стационаре определяется по следующей формуле:

$$S_{\text{госп}} = T_{\text{дс}} * K_3 * K_{\text{упр}} * K_{\text{слп}}$$

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

K₃ - коэффициент относительной затратности КСГ, характеризующий затратность клинко-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке;

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

K_{слп} – коэффициент сложности лечения пациента, применяемый при оплате случаев экстракорпорального оплодотворения.

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.

2.3.4. Перечень КСГ в условиях дневного стационара, к которым необходимо применять повышающий управленческий коэффициент приведен ниже.

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
5	Экстракорпоральное оплодотворение

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
14	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
15	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети
16	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети
24	Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3
25	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 1)
26	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 2)
38	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
52	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
53	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
54	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
55	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
56	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
57	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
58	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
59	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
60	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
61	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
63	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
69	Замена речевого процессора
117	Лечение кистозного фиброза с применением ингаляционной антибактериальной терапии
118	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
121	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов
123	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (2 балла по ШРМ)
124	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
125	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (2 балла по ШРМ)
126	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (3 балла по ШРМ)
127	Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (2 балла по ШРМ)
128	Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (3 балла по ШРМ)

2.3.5. Перечень КСГ в условиях дневного стационара, для которых не может применяться повышающий управленческий коэффициент приведен ниже.

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
7	Аборт медикаментозный
12	Дерматозы
119	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения

2.3.6. Перечень КСГ в условиях дневного стационара, для которых не может применяться понижающий управленческий коэффициент приведен ниже.

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
5	Экстракорпоральное оплодотворение
14	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
15	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети
16	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети
24	Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3
25	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 1)
26	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 2)
38	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
52	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
53	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
54	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
55	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
56	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
57	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
58	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
59	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
60	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
61	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
63	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
69	Замена речевого процессора
117	Лечение кистозного фиброза с применением ингаляционной антибактериальной терапии
118	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
121	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов

2.3.7. В условиях дневного стационара для оплаты процедур диализа, включающего различные методы, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу диализа (день обмена перитонеального диализа) и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание. При этом в период лечения пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

Стоимость услуг диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым при необходимости 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.

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

$$C_d = T_d * N_d,$$

где

Тд – тариф на услугу гемодиализа или перитонеального диализа;

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

2.3.8. В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

- I. Стимуляция суперовуляции;
- II. Получение яйцеклетки;
- III. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
- IV. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, при оплате случаев проведения экстракорпорального оплодотворения применяется коэффициент сложности лечения пациентов в следующем порядке.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ № 5 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), к КСГ № 5 применяется КСЛП в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ № 5 с применением КСЛП в размере 0,19.

Тарифы на проведение I и II этапов, а также I, II и III этапов без последующей криоконсервации эмбрионов не предусмотрены, так как проведение этапов в указанных сочетаниях в подавляющем большинстве случаев свидетельствует о некачественном проведении программы ЭКО. В связи с этим, если выполнены I и II этапы или I, II и III этапы без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по тарифу с применением КСЛП для I этапа ЭКО.

2.3.9. Оплата медицинской реабилитации в условиях дневного стационара

осуществляется в соответствии с п.2.2.12 Тарифного соглашения с учетом дополнительного квалификационного критерия отнесения к КСГ - оценка состояния пациента 2 или 3 по ШРМ.

2.3.10. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в дневном стационаре осуществляется в порядке согласно п.2.2.10 Тарифного соглашения. При этом по следующим КСГ оплата осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения:

Код КСГ	Наименование КСГ
3	Операции на женских половых органах (уровень 1)
4	Операции на женских половых органах (уровень 2)
5	Экстракорпоральное оплодотворение
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)
7	Аборт медикаментозный
35	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
36	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
38	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
54	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
55	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
56	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
57	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
58	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
59	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
60	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
61	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
63	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
65	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
66	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
69	Замена речевого процессора
71	Операции на органе зрения (уровень 1)
72	Операции на органе зрения (уровень 2)
80	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
84	Отравления и другие воздействия внешних причин
102	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
103	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
118	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
121	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов

2.3.11. Оплата медицинской помощи при переводе пациента в пределах одной медицинской организации из одного отделения дневного стационара в другое осуществляется аналогично п.2.2.11 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.

2.4.2. 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.

2.4.3. 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.

2.4.4. 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 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 **4 212,5** руб.

3.1.2. размер подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в размере **182,62** руб.

3.1.3. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии с **приложением 13** к Тарифному соглашению;

3.1.4. средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в соответствии с **приложением 14** к Тарифному соглашению;

3.1.5. Тарифы посещений на оплату амбулаторной медицинской помощи, УЕТ при оказании стоматологической медицинской помощи в соответствии с **приложением 15** к Тарифному соглашению;

3.1.6. тарифы законченных случаев и посещений в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с **приложением 16** к Тарифному соглашению;

3.1.7. тарифы на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполняемые в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с **приложением 17** к Тарифному соглашению;

3.1.8. тарифы посещений Центра здоровья с целью проведения комплексного обследования или динамического наблюдения в соответствии с **приложением 18** к Тарифному соглашению;

3.1.9. перечень хирургических операций, оплачиваемых при оказании амбулаторной медицинской помощи, в соответствии с **приложением 19** к Тарифному соглашению;

3.1.10. тарифы хирургических операций при оказании амбулаторной медицинской помощи в соответствии с **приложением 20** к Тарифному соглашению;

3.1.11. тарифы на услуги компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и сцинтиграфии при оказании амбулаторной медицинской помощи, в соответствии с **приложением 21** к Тарифному соглашению.

3.1.12. тарифы на услуги диализа в соответствии с **приложением 22** 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 **5 385,3** руб.;

3.2.2. размер средней стоимости законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере **22 168,8** руб.;

3.2.3. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ и управленческих коэффициентов для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, в соответствии с **приложением 23** к Тарифному соглашению;

3.2.4. коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с **приложением 24** к Тарифному соглашению;

3.2.5. коэффициенты сложности курации пациента, применяемые при оплате медицинской помощи в стационарных условиях, в соответствии с **приложением 25** к Тарифному соглашению;

3.2.6. тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с **приложением 26** 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 **952,7** руб.;

3.3.2. размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере **9 290,9** руб.;

3.3.3. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ и управленческих коэффициентов для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в соответствии с **приложением 27** к Тарифному соглашению;

3.3.4. коэффициенты сложности курации пациента, применяемые при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара, в соответствии с **приложением 28** 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 **715,7 руб руб.**;

3.4.2. размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в размере **57,78 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 **2424,81 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" **51 291 руб.**;

- тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи с применением лекарственного препарата "Тенектеплаза" **78 051 руб.**

3.4.5. половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в соответствии с **приложением 29** к Тарифному соглашению;

3.4.6. средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в соответствии с **приложением 30** 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 31** к Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие с **01.01.2018 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.

5.3. Тарифное соглашение от 28.12.2016г. (со всеми Приложениями к нему) признать утратившим силу.

ПОДПИСИ СТОРОН

И.о.заместителя Председателя Правительства
Удмуртской Республики, председатель
Комиссии

Муталенко А.А.

Первый заместитель министра
здравоохранения Удмуртской Республики,
заместитель председателя Комиссии

Воздвиженский А.В.

Заместитель министра финансов Удмуртской
Республики

Сухих В.Н.

Директора ТФОМС УР

Митрошин П.В.

Заместитель директора ТФОМС УР,
секретарь Комиссии

Олонова Л.А.

Начальник отдела по реализации
территориальной программы обязательного
медицинского страхования ТФОМС УР

Зелинская Я.В.


Директор Удмуртского филиала
акционерного общества "Страховая компания
"Согаз-Мед"

Гаврилов В.А.

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

Горина А.В.

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

 Кирилина Н.В.

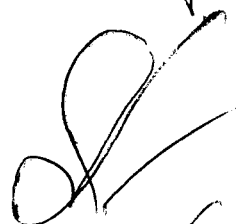
Председатель Совета общественной
организации "Медицинская палата
Удмуртской Республики по защите прав и
интересов медицинских работников"

 Мальчиков А.Я.


Член общественной организации
"Медицинская палата Удмуртской
Республики по защите прав и интересов
медицинских работников"

 Перевозчиков Ю.Г.


Член общественной организации
"Медицинская палата Удмуртской
Республики по защите прав и интересов
медицинских работников"

 Савельев В.С.

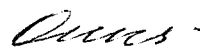
Председатель УРО ПРЗ РФ

 Попова О.П.

Председатель профсоюзного комитета БУЗ
УР "ГКБ №9 МЗ УР", член Республиканского
комитета УРО ПРЗ РФ

 Кузнецова Н.Н.

Главный специалист по оплате труда
УРО ПРЗ РФ

 - Симонова В.И.