

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе
обязательного медицинского страхования на территории
Приморского края на 2020 год

г. Владивосток

«31» декабря 2019 года

1. Общие положения

Территориальное тарифное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);
- Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ);
- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н (далее – Правила ОМС);
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатура);
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 07 декабря 2019 года № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – Программа государственных гарантий);
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 года № 462 «О Порядке распределения и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на

осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановлением № 462);

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2019 № 11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – Письмо);

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 21 ноября 2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования);

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее - методические рекомендации Минздрава России и ФФОМС), направленными совместным письмом от 12 декабря 2019 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 17033/26-2/и, с учетом Инструкции по группировке случаев, в том числе правил учета классификационных критериев, и подходов к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (далее - Инструкция) (письмо ФФОМС от 13.12.2019 № 17151/26-1/и);

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

- Постановлением Администрации Приморского края от 27 декабря 2019 года № 917-па «О территориальной программе государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Приморском крае на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – территориальная Программа государственных гарантий Приморского края, Территориальная программа ОМС);

- приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», приказом государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования» (далее - ГУ ТФОМС ПК) от 19.03.2015 № 84-П «Об утверждении Правил формирования файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи в поликлинике и стационаре в формате XML»;

- Постановлением Администрации Приморского края от 19 февраля 2014 года № 49-па «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Приморского края» (в ред. от 26.09.2018 года № 468-па, 11.02.2019 № 77-па, 28.02.2019 № 125-па, 21.05.2019 № 290-па, 05.07.2019 № 431-па) (далее – Комиссия).

Представители сторон, включенные в состав Комиссии

департамент здравоохранения Приморского края в лице врио вице-губернатора Приморского края - директора департамента здравоохранения Приморского края ФИСЕНКО ВИКТОРА СЕРГЕЕВИЧА,

государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края» в лице директора СКОРУПСКОГО КОНСТАНТИНА ВИКТОРОВИЧА,

страховая медицинская организация в лице директора ООО СМО «Восточно-страховой альянс» ТИХОНОВА БОРИСА ПЕТРОВИЧА,

Приморская краевая организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя ЛИЗЕНКО ИРИНЫ ИЛЬИНИЧНЫ, в дальнейшем совместно именуемые Стороны,

заключили настоящее Территориальное тарифное соглашение по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования на территории Приморского края (далее – Тарифное соглашение) о тарифах на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования на территории Приморского края.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются:

- сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Приморском крае;
- размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи;
- размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- порядок изменения Тарифного соглашения, срок его действия;
- порядок индексации тарифов на оплату медицинской помощи;
- аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования.

2. Способы оплаты медицинской помощи

В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ оплата медицинской помощи осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи, установленных для каждой медицинской организации решением Комиссии, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

Страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями, согласно Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в объеме и на условиях, установленных Территориальной программой ОМС, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Договор), применяя к медицинским организациям санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи на основании положений статьи 41 Федерального закона № 326-ФЗ, настоящего Тарифного соглашения (Приложение № 17) и Договоров.

Медицинская организация вправе обжаловать заключение СМО по результатам контроля при наличии разногласий, согласно установленным Правилам ОМС, нормам Федерального закона № 326-ФЗ, положениям Договора.

Ограничение по объемам и стоимости не применяется к медицинской помощи, оплата которой осуществляется в рамках подушевого норматива, при проведении взаимных расчетов между медицинскими организациями.

Формирование тарифов, включая их размер и структуру, осуществляется в разрезе условий оказания медицинской помощи, в соответствии со способами оплаты и средними нормативами финансовых затрат, установленными территориальной программой ОМС.

Тарифы рассчитываются в соответствии с методикой расчета, установленной Правилами ОМС, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций.

Тарифы на медицинскую помощь устанавливаются с учетом коэффициентов дифференциации (Приложение № 10):

1,510 – для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории населенных пунктов, расположенных в границах административно-территориальных единиц: город Дальнегорск, Кавалеровский, Ольгинский, Тернейский, Красноармейский районы (северные территории);

1,440 - для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории населенных пунктов, расположенных в сельской местности и рабочих поселках приграничной 30-километровой зоны: Кировский район, Октябрьский район, Пограничный район, Пожарский район, Хасанский район (приграничные территории);

1,376 - для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, расположенными на территории Приморского края, кроме северных и приграничных территорий.

Возмещение расходов медицинской организации по выплате заработной платы и расходов по другим статьям, включенным в территориальные нормативы финансовых затрат, в случае не выполнения медицинской

организацией объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, не является обязательством системы ОМС.

Взаимодействие между участниками обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с федеральными и региональными нормативными актами, договорами в сфере обязательного медицинского страхования, Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС и настоящим Тарифным соглашением.

Расчёты стоимости объемов необходимо производить по тарифам, действующим в месяце оказания медицинской помощи, на дату окончания лечения, учитывая подведение итогов по показателям результативности деятельности медицинской организации.

Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, по условиям оказания медицинской помощи и способам оплаты установлен в Приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Распределение структурных подразделений медицинских организаций по уровням и подуровням оказания медицинской помощи в целях оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, осуществляется в соответствии с Требованиями.

1) первый уровень - МО и структурные подразделения МО, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную и (или) специализированную (за исключением ВМП) медицинскую помощь;

2) второй уровень - МО и (или) структурные подразделения МО, имеющие в своей структуре отделения и центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением ВМП) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, диспансеры;

3) третий уровень – МО и (или) структурные подразделения МО, оказывающие населению ВМП. Отнесение подразделений к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется в случае распределения Комиссией по разработке ТПОМС Приморского края объемов на оказание ВМП.

При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

2.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной на территории Приморского края

застрахованным лицам за его пределами, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приведен в Приложении № 1 настоящего Тарифного соглашения.

2.1.1. Оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи)

Подушевое финансирование применяется в части оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной и перичной специализированной, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население.

Оплата по данному способу зависит от размера базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, определенного для группы медицинских организаций, и выполнения показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, предусматривает оплату лечебно-диагностических, профилактических мероприятий, включающих медицинские услуги:

- врачей следующих специальностей (терапия, педиатрия, общая врачебная практика (семейная медицина), оториноларингология, офтальмология, неврология, хирургия (в том числе детская хирургия), кардиология (в том числе детская кардиология), ревматология, урология (в том числе детская урология-андрология), травматология-ортопедия, эндокринология (в том числе детская эндокринология), гастроэнтерология, пульмонология, аллергология и иммунология, инфекционные болезни, нефрология, нейрохирургия, челюстно-лицевая хирургия, колопроктология, гериатрия, сердечно-сосудистая хирургия);

- вспомогательных лечебно-диагностических подразделений (за исключением отдельных медицинских услуг и видов диагностических исследований, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи);

- услуг логопеда, необходимых для оказания медицинской помощи в соответствии с порядками её оказания;

- работы врачей, медицинских сестер, фельдшеров, обеспечивающих медицинскую помощь в учреждениях дошкольного, школьного, профессионального образования;

- посещений к среднему медицинскому персоналу в кабинетах доврачебного приема.

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

В базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц **не включены** средства на оплату:

- видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу ОМС;

- расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

- медицинской помощи (лечебно-диагностические, профилактические мероприятия,) включающие медицинские услуги врачей следующих специальностей (гематология, онкология (в том числе детская онкология), дерматология, акушерство-гинекология, терапия (в женской консультации), радиотерапия, радиология);

- неотложная медицинская помощь, в том числе оказанная пациентам в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации в течение одних суток;

- стоматологическая медицинская помощь;

- медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам Приморского края на территории других субъектов Российской Федерации;

- проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (комплексное посещение), порядки проведения которых установлены приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- медицинская помощь, оказанная в Центрах здоровья;

- отдельные медицинские услуги (однофотонная эмиссионная компьютерная томография, иммуногистохимия (ИГХ), позитронная эмиссионная томография (ПЭТ), сцинтиграфия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);

- фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Тарифным соглашением размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Оплата медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив финансирования, производится за единицу объема медицинской помощи (посещение, обращение, медицинская услуга) по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением в пределах утвержденных объемов и стоимости медицинской помощи.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив (ДП_{ні})

$$\text{ДП}_{ні} = \text{ПН}_{\text{баз}} * \text{КУ}_{\text{моі}} * \text{КД}_{\text{пві}} * \text{КД}_{\text{оті}} * \text{КД}_{\text{субі}}, \text{ где:}$$

ПНбаз – базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;

КУ_{моi} – коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится *i* – ая медицинская организация (Приложение № 1).

Применяются для сохранения размера финансового обеспечения медицинской организации не ниже уровня 2019 года (при наличии у нее подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек).;

КД_{пви} – половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для *i* – той медицинской организации;

КД_{отi} - коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, прселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (Приложение № 22) и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для *i* – той медицинской организации.

Коэффициент отдаленности определяется с учетом доли населения, обслуживаемого подразделениями, расположенными в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек в размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, - 1,113,

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

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не сама медицинская организация в целом, соответствуют

условиям применения коэффициента, коэффициент отдаленности устанавливается в соответствии с Приложением № 22 к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций и структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, приведен в Приложении № 22 к Тарифному соглашению.

КДсубі - районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, установленные для территории, на которой расположена і –ая медицинская организация.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь, рассчитывается поправочный коэффициент (ПК).

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования (ФДПні) медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается по формуле:

$$\text{ФДПні} = \text{ДПні} / \text{ПК}.$$

Объем средств финансирования по подушевому нормативу (СФ) для каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, без учета выполнения показателей результативности определяется по следующей формуле, (руб.):

$$\text{СФ} = \text{ФДПні} * \text{Ч}, \text{ где:}$$

ФДПні - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (Приложение № 2);

Ч – численность застрахованного населения, прикрепленного к медицинской организации для амбулаторного обслуживания, по состоянию на последний день отчетного месяца.

Объем средств финансирования по подушевому нормативу состоит из двух частей: основной и стимулирующей.

Доля основной части суммы средств подушевого финансирования в месяц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, составляет 90% объема средств финансирования по подушевому нормативу.

Стимулирующая часть средств подушевого финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, состоит из двух частей, зависит от выполнения медицинскими организациями показателей результативности деятельности и подлежит оплате в месяце, следующем за отчетным.

Первая составляющая стимулирующей части зависит от выполнения количества обращений по поводу заболеваний, вторая - является дополнительным поощрением медицинских организаций при достижении остальных целевых значений показателей результативности.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций производится ежемесячно в два этапа в соответствии с «Порядком осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности» (Приложение № 3).

Показатели результативности деятельности медицинской организации утверждаются Комиссией ежемесячно (Приложение № 4).

Расчеты между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляются:

- медицинскими организациями на основании заключенных между ними договоров;

- страховыми медицинскими организациями по тарифам (Приложение № 5) в соответствии с «Порядком проведения страховыми медицинскими организациями межучрежденческих расчетов» (Приложение № 6).

По результатам оценки деятельности поликлиники и межучрежденческих расчётов определяется общий объем средств финансирования по подушевому нормативу для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за отчетный период по следующей формуле:

$$C\Phi_{i_общ} = (C\Phi_{i_В} * K_{i_В} + C\Phi_{i_Д} * K_{i_Д}) + C_{i_стимул_обр} + C_{i_стимул_поощ} + C_{i(об)} + C_{i(вз_in)} - C_{i(вз_out)}$$

,

где:

$K_{i_В}$ - доля основной части суммы средств подушевого финансирования в месяц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, прикрепленному взрослому населению;

$K_{i_Д}$ - доля основной части суммы средств подушевого финансирования в месяц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, прикрепленному детскому населению;

$C_{об}$ - стоимость медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за единицу объема (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение), не по подушевому нормативу;

$C_{вз_out}$ - стоимость медицинской помощи, оказанной застрахованному населению, прикрепленному к i-той медицинской организации для амбулаторного обслуживания, в иных медицинских организациях,

финансирование которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

C_{B3_in} - стоимость медицинской помощи, оказанной застрахованному населению, не прикрепленному к i -той медицинской организации.

В случае отсутствия в медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Приморского края, возможности проведения медицинских услуг, необходимых для выполнения порядков и стандартов медицинской помощи, медицинская организация обязана заключить договор на их оказание с иной медицинской организацией.

2.1.2. Оплата за единицу объема медицинской помощи - медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай)

Оплата за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (за законченный случай) производится в рамках установленных Территориальной программой ОМС и распределенных решением Комиссии между медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением.

Тарифы за единицу объема медицинской помощи (за посещение, обращение (законченный случай)) учитывают расходы на врачебный осмотр, врачебные и сестринские манипуляции, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, услуги процедурного, перевязочного кабинетов, проведение ультразвуковых и прочих диагностических исследований.

Оплата за единицу объема медицинской помощи осуществляется:

- по специальностям амбулаторного приема (Приложение № 9/1).

Оплата медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», оказанной в женских консультациях МО и в кабинетах акушеров-гинекологов, осуществляется за:

1. обращение к врачу - акушеру – гинекологу в связи с заболеванием;
2. обращение к врачу - акушеру – гинекологу с целью наблюдения женщин, состоящих на учете по беременности в женской консультации, в том числе с заболеваниями, согласно диагнозам МКБ-10 (**Z34-Z35, O10-O75; O86-O94; O98-O99**) (за единицу объема принимается наблюдение в течение месяца (однократно) с момента первого посещения, включая все последующие посещения, но не менее двух посещений);
3. посещение врача - акушера – гинеколога с профилактическими или иными целями, в том числе патронаж беременных врачом акушером-гинекологом.

Оплата медицинской помощи при диагностике заболеваний (новообразований) органов женской репродуктивной системы (законченных случаев скрининговых исследований) при условии выполнения полного набора медицинских услуг (в зависимости от возраста) (письмо ФФОМС от 05.12.2017 № 14209/26-2/и) (Приложение № 9/13) :

До 35 лет:

1. Прием (осмотр, консультация) врача - акушера-гинеколога первичный;
2. Прием (осмотр, консультация) врача - акушера-гинеколога повторный;
3. Прием (осмотр, консультация) врача - онколога первичный;
4. Прием (осмотр, консультация) врача - онколога повторный;
5. Получение цервикального мазка;

6. Цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала;
7. Ультразвуковое исследование молочных желез;
8. Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (две анатомические зоны);
9. Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное.

После 35 лет:

1. Прием (осмотр, консультация) врача - акушера-гинеколога первичный;
2. Прием (осмотр, консультация) врача - акушера-гинеколога повторный;
3. Прием (осмотр, консультация) врача - онколога первичный;
4. Прием (осмотр, консультация) врача - онколога повторный;
5. Получение цервикального мазка;
6. Цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала;
7. Маммография;
8. Ультразвуковое исследование молочных желез;
9. Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (две анатомические зоны);
10. Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное.

- за стоматологическую медицинскую помощь (в том числе оказанную в неотложной форме) – за посещение и обращение, скорректированные с учетом содержащихся в них количестве УЕТ (Приложение № 9/2) по тарифам (Приложение № 9/3). Персонифицированный учет медицинских услуг по стоматологической медицинской помощи осуществляется в соответствии со

средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 9/4).

Расчет стоимости случая осуществляется исходя из суммы стоимости каждой услуги с округлением **до двух знаков** после запятой.

- за отдельную медицинскую услугу (Приложение № 9/5);

- за отдельные диагностические (лабораторные) исследования (Приложение № 7):

- компьютерной томографии;
- магнитно-резонансной томографии;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы;
- эндоскопических диагностических исследований;
- молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии.

- по медицинским услугам, оказанным **в Центрах здоровья** - за посещение (Приложение № 9/6).

Оплата медицинской помощи, оказанной в Центре здоровья, осуществляется по тарифам за посещение: для проведения комплексного обследования (при первичном обращении) и при динамическом наблюдении.

- оплата посещений при оказании медицинской помощи в **неотложной форме** в амбулаторных условиях производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, нормативными актами министерств и ведомств Российской Федерации по утвержденным тарифам за медицинские услуги (Приложение № 9/7).

Неотложная медицинская помощь лицам, обратившимся в медицинскую организацию с признаками неотложных состояний, оказывается, по направлению регистратора безотлагательно.

Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании неотложной медицинской помощи на дому.

Оказание медицинской помощи в приемном отделении стационара как самостоятельно обратившимся больным, так и больным, поступающим по направлениям амбулаторно-поликлинических учреждений или по экстренным показаниям (осмотр, обследование, установление диагноза, оказание лечебной помощи) является функциональной обязанностью медицинского персонала приемного отделения, независимо от того, выявлены показания к госпитализации или нет. При этом должна быть оформлена медицинская документация, в т.ч. учетная форма № 001/у – «Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации», учетная форма № 074/у «Журнал регистрации амбулаторных больных», учетная форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" и другие.

Расходы приемного отделения на оказание медицинской помощи, в том числе на медикаменты, госпитализированным пациентам учтены в стоимости случая госпитализации.

Медицинская помощь, оказанная в приемном отделении пациентам, без последующей госпитализации в течение одних суток, оплачивается по тарифам за посещение (Приложение 9/7), и является медицинской помощью, оказанной в неотложной форме.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи

(комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации (Приложения №№ 9/8 – 9/12).

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Выполнение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в течение календарного года менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации подлежит оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

Оплата разовых посещений по поводу заболевания (с кратностью менее двух посещений по поводу одного заболевания), посещений с профилактическими целями и посещений с иными целями осуществляется по тарифу за посещение к врачу определенной специальности.

Медицинские организации оплату проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, в том числе в части проведения УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную

подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования, осуществляют на основании заключенных между МО договоров.

2.1.3. Способ оплаты за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услуг используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии

Оплата за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии производится в рамках установленных Территориальной программой ОМС и распределенных решением Комиссии между медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением (Приложение № 7).

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, при наличии медицинских показаний.

Ежедневно врачу предоставляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

Врач, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, направляет пациентов на исследования в медицинскую организацию посредством выдачи направлений в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и приказом по маршрутизации, утвержденным департаментом здравоохранения Приморского края.

Направления выдаются в электронном виде с использованием Единого информационного ресурса.

СМО принимают к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и приказами по маршрутизации. Оплата медицинской помощи осуществляется только при соблюдении утвержденного порядка маршрутизации, в пределах объемов и стоимости, установленных решением Комиссии.

СМО осуществляет контроль за назначением и выполнением отдельных исследований в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.4. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП/ФАПы)

Расходы на финансовое обеспечение ФП/ФАП не учитываются в составе подушевого норматива финансирования для прикрепленного населения и определяются в соответствии с размером финансового обеспечения, установленным Программой государственных гарантий для ФП/ФАП с учетом коэффициента дифференциации, при условии их соответствия требованиям положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения РФ.

Финансирование ФП/ФАП в соответствии с размером финансового обеспечения и в зависимости от численности обслуживаемого (прикрепленного) населения, осуществляется при условиях:

- наличие лицензии на оказание медицинской помощи по адресу ФП/ФАП, кроме передвижных (мобильных);
- наличие сведений о населении по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на начало расчетного периода;
- наличие занятой должности медицинского работника;
- соответствие материально-технической базы.

Распределение ФП/ФАПов по категориям произведено ГУ ТФОМС ПК по состоянию на 01.12.2019:

- ФП/ФАП, обслуживающий до 100 жителей - 0 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей - 1 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей - 2 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей - 3 категория;
- ФП/ФАП, обслуживающий более 2000 жителей - 4 категория.

Информация, в части: количество и местонахождение ФП/ФАПов, количество занятых ставок, соответствие материально-технической базы, предоставляется департаментом здравоохранения Приморского края.

Размер финансового обеспечения ФП/ФАПов, обслуживающих до 100 жителей (0 категория), определяется с учетом поправочного коэффициента к размеру финансового обеспечения, установленного для 1 категории. Размер коэффициента приведен в Приложении № 8.

Размер финансового обеспечения ФП/ФАПов, обслуживающих более 2000 жителей (4 категория), определяется с учетом поправочного коэффициента к размеру финансового обеспечения, установленного для 3 категории. Размер коэффициента приведен в Приложении № 8.

Размер финансового обеспечения ФП/ФАПов 1 категории, 2 категории, 3 категории определяется с учетом поправочного коэффициента к размеру финансового обеспечения, установленного Программой государственных гарантий для ФП/ФАП с учетом коэффициента дифференциации, соответствующей категории.

Для ФП/ФАПов **не соответствующих требованиям**, установленным нормативным правовым актом Минздрава России (соответствие материально-технической базе и требованиям кадрового состава), размер финансирования определяется от количества занятых ставок, численности населения, обслуживаемого ФП/ФАПом, коэффициентов дифференциации, а также от размера средств на содержание ФП/ФАПов.

В случае полной некомплектованности ФП/ФАПов финансирование за счет средств ОМС не производится.

Перечень ФП/ФАПов, с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с территориальной программой, размера финансового обеспечения (в год, в месяц), а также информации

о соответствии/несоответствии ФП/ФАПов требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, приведен в Приложении № 8 настоящего Тарифного соглашения.

Финансовое обеспечение ФП/ФАПов ежемесячно включается в счета медицинских организаций в разрезе СМО в размере 1/12 от годовой суммы исходя из доли застрахованного населения по состоянию на 01.12.2019 (Приложение № 8).

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

Медицинские организации обеспечивают целевой характер использования средств, выделяемых на финансирование ФП/ФАПов.

2.2. Способ оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

- 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.

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях

дневного стационара, 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 базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи;

– социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

- услуг диализа, включающих различные методы.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, приведен в Приложении № 1 настоящего Соглашения.

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов Территориальной программы ОМС Приморского края, исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);

- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.

КСГ определяются в соответствии с Инструкцией и Методическими рекомендациями Минздрава России и ФФОМС.

2.2.1. Способ оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги в условиях круглосуточного стационара:

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	st21.007	Болезни глаза	0,51
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения включенного в КСГ (базовая ставка);
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации;
4. Поправочные коэффициенты:
 - a. управленческий коэффициент;
 - b. коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи;
 - c. коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС(кcg)) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$СС(кcg) = БС * КЗ_{кcg} * ПК * КД, \text{ где:}$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения включенного в КСГ (базовая ставка);

$K_{ЗКСГ}$ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (Приложение № 11);

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации (Приложение № 10).

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ;

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ;

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ.

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительного отклонения фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ (ПК) рассчитывается по следующей формуле (с округлением до двух знаков после запятой):

$$ПК = K_{УКСГ} * K_{УСмо} * K_{СЛП}, \text{ где:}$$

$K_{УКСГ}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ для всех уровней оказания медицинской помощи (Приложение № 11);

KUC_{MO} – коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в МО, в которой был пролечен пациент (Приложение 1);

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента.

Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях 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.

Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи:

1 уровень:

в пределах 1-го уровня выделяются три подуровня: 1.1; 1.2; 1.3.

2 уровень:

в пределах 2-го уровня выделяются три подуровня: 2.1 (в том числе структурные подразделения федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, за исключением профилей высокотехнологичной медицинской помощи); 2.2 (структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «онкология»); 2.3 (медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований).

3 уровень:

в пределах 3-го уровня выделяются два подуровня:

3.1 (структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилям высокотехнологичной медицинской помощи (профиль КСГ соответствует

профилю ВМП); 3.2 (структурные подразделения федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилям высокотехнологичной медицинской помощи (профиль КСГ соответствует профилю ВМП).

2.2.2.1. Коэффициент сложности лечения пациента

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), устанавливается в соответствии с Приложением № 21 «Перечень случаев, для которых установлен КСЛП».

2.2.1.2. Сверхдлительные сроки госпитализации

Оплата случаев обоснованных сверхдлительных сроков госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме КСГ, перечисленных в Инструкции, для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039-st19.055, ds19.001-ds19.015), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными.

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней, по формуле:

$$КСЛП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{дл}, \text{ где:}$$

$K_{дл}$ - коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов, в размере 0,25 для обычных

отделений, 0,4 – для реанимационных отделений;

ФКД - фактическое количество койко-дней;

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

Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлинного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении, на питание больного.

Все случаи оказания медицинской помощи, для которых применен КСЛП, подлежат медико-экономической экспертизе, при необходимости экспертизе качества медицинской помощи.

2.2.1.3. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи 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.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Исключения из данного порядка установлены для КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения (Приложение № 11). При этом если случай лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными в Инструкции правилами.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство

и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ .

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

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.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях:

в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ;

в случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией:

учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций);

прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.1.4. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая

Оплата больных, переведенных в пределах стационара из одного отделения в другое, производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Такие случаи оплачиваются по двум КСГ.

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st 02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st 02.003 «Родоразрешение», а также st 02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st 02.004 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Оплата по 2-м КСГ 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, требующие 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».

Оплата по двум КСГ осуществляется также в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

– проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

– случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой,

заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

– этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

– проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.2.1.5. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

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

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ).

При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Приморском крае..

При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

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.

2.2.1.6. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

Оплата медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара осуществляется за услугу диализа (Приложение № 12) только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

К законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения пациент должен

обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

Стоимость услуги диализа с учетом их фактического выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Условия госпитализации и требования к направлению больного при госпитализации установлены территориальной Программой государственных гарантий Приморского края.

2.2.1.7. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»

В стационарных условиях 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".

2.2.1.8. Оплата за случай лечения заболевания по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств ОМС

Расчет стоимости случая лечения заболевания производится на основании нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи включенных, в базовую программу ОМС, утвержденному в Приложении (раздел 1) к Программе государственных

гарантий, скорректированных на величину коэффициента дифференциации, согласно Письму по утвержденным тарифам (Приложение № 13).

2.2.1.9. «Классификационные критерии подгрупп КСГ»

СМО проводить медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи по всем случаям подгрупп КСГ, имеющих повышенный коэффициент затратоемкости (по сравнению с базовой КСГ).

1. Разгруппирована КСГ **st04.005** «Болезни поджелудочной железы»

Классификационными критериями являются:

- для подгруппы **st04.005.01** «Болезни поджелудочной железы» является указание кодов МКБ-10 согласно группировщику;

- для подгруппы **st04.005.02** «Болезни поджелудочной железы с выполнением услуги А04.14.003 «Эндосонография панкреатобиллиарной зоны» является указание кода МКБ-10 К86.2 и выполнение услуги А04.14.003 «Эндосонография панкреатобиллиарной зоны».

Значения коэффициентов затратоемкости (**КЗ**):

- для подгруппы **st04.005.01** **КЗ** = 0,82;

- для подгруппы **st04.005.02** **КЗ** = 2,0.

2. Разгруппирована КСГ **st27.004** «Другие болезни органов пищеварения, взрослые»

Классификационными критериями являются:

- для подгруппы **st27.004.01** «Другие болезни органов пищеварения, взрослые» остается отнесение по алгоритму «группировщик детальный» как для КСГ **st27.004**, за исключением К90.0, К90.8;

- для подгруппы **st27.004.02** «Другие болезни органов пищеварения с тяжелой формой целиакии, с выраженными белково-электролитными нарушениями, взрослые» является указание кодов МКБ 10: К90.0, К90.8.

Значения коэффициентов затратоемкости (КЗ):

- для подгруппы **st27.004.01** = 0,58;

- для подгруппы **st27.004.02** = 1,27.

2.2.2. Способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

- 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 № 1 настоящего Тарифного соглашения.

КСГ определяются в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России и ФФОМС, и Инструкцией.

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения включенного в КСГ (базовая ставка);

2. Коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

3. Коэффициент дифференциации;

4. Поправочные коэффициенты:

а. управленческий коэффициент;

б. коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи;

с. коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая лечения в условиях дневного стационара (СС(КСГ)) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$СС(КСГ) = БС * КЗ_{КСГ} * ПК * КД ,$$

где:

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения включенного в КСГ (базовая ставка);

КЗ_{КСГ} - коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения (Приложение № 14);

ПК - поправочный коэффициент;

КД - коэффициент дифференциации (Приложение № 10).

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ;

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ;

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ.

Размер базовой ставки рассчитывается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительного отклонения фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ (ПК) рассчитывается по следующей формуле (с округлением **до двух знаков** после запятой):

$$ПК = КУ_{КСГ} * КУС_{МО} * КСЛП, \text{ где:}$$

$КУ_{КСГ}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения, устанавливается для конкретной КСГ для всех уровней оказания медицинской помощи (Приложение № 14);

$КУС_{МО}$ – коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в МО, в котором был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента.

Распределение медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара:

1. Структурные подразделения медицинских организаций (за исключением указанных в пунктах 2, 3, 4 отнести к подуровню 1.1;

2. Структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, по профилю «офтальмология» (профиль медицинской помощи соответствует профилю КСГ «офтальмология») отнести к подуровню 1.2;

3. Структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, соответствующих профилям «акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий) (ЭКО)», «онкология», «радиотерапия» отнести к подуровню 2.1;

4. Медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, отнести к подуровню 2.2.

2.2.2.1. Коэффициент сложности лечения пациента

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), устанавливается в соответствии с Приложением № 21 «Перечень случаев, для которых установлен КСЛП».

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, установить КСЛП к случаям проведения экстракорпорального оплодотворения.

С учетом КСЛП оплата экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа в размере согласно Приложению № 21 «Перечень случаев, для которых установлен КСЛП».

Хранение криоконсервационных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

В случае проведения I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл) и полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов повышающие и понижающие значения коэффициента сложности лечения пациента не применяются.

Применение КСЛП «Проведение молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований» в условиях дневного стационара при выполнении КСГ **ds19.033** «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и

последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования» необходимым условием является обязательное выполнение биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведение диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований, в соответствии с кодами услуг согласно Приложению №7 и Приложению № 9/5 к Тарифному соглашению.

2.2.2.2. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

Оплата прерванных случаев осуществляется согласно порядку, определенному в подпункте 2.2.1.3 настоящего Тарифного соглашения.

Исключения из данного порядка установлены для КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения (Приложение № 14). При этом если случай лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными в Инструкции правилами.

2.2.2.3. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

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

Для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Приморском крае. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

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 легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара по соответствующей реабилитационной КСГ.

2.2.2.4. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

Оплата медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в условиях дневного стационара, осуществляется за услугу диализа (Приложение № 12) и при **необходимости** в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

Учитывая единственный способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество

процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

При этом в период лечения пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

2.2.2.5. Классификационные критерии подгрупп КСГ

СМО регулярно проводить медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи по случаям подгрупп КСГ, имеющих повышенный коэффициент затратоемкости (по сравнению с базовой КСГ).

1. В случае если иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции является основным поводом для госпитализации, для отнесения к КСГ **ds36.004** случай следует кодировать по коду МКБ 10 Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни». При комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кода Номенклатуры A25.30.035 «Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)» классификационным критерием также является возраст: до двух лет. При этом количество случаев госпитализации одного пациента по КСГ ds36.004 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

Классификационными критериями для подгрупп КСГ **ds36.004** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» является указанием кода

препарата Паливизумаба (ID =001647 согласно N020 - Классификатор лекарственных препаратов, применяемых при проведении лекарственной терапии) и дозы препарата– количество флаконов.

Классификационными критериями являются:

- для подгруппы **ds36.004.01** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику, за исключением услуги А25.30.035 «Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб);

- для подгруппы **ds36.004.02** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (иммунизация детей против РСВ –1 флакон)» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику в сочетании с услугой А25.30.035 – дозы препарата не более 1 флакона;

- для подгруппы **ds36.004.03** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (иммунизация детей против РСВ –2 флакона)» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику в сочетании с услугой А25.30.035 с указанием дозы препарата –2 флакона;

- для подгруппы **ds36.004.04** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (иммунизация детей против РСВ –3 флакона)» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику в сочетании с услугой А25.30.035 с указанием дозы препарата –3 флакона;

- для подгруппы **ds36.004.05** «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (иммунизация детей против РСВ –4 флакона)» является указание кода МКБ-10 согласно группировщику в сочетании с услугой А25.30.035 с указанием дозы препарата –4 флакона.

Значения коэффициентов затроемкости (**КЗ**):

- для подгруппы **ds36.004.01** = 9,64;
- для подгруппы **ds36.004.02** = 7,24;
- для подгруппы **ds36.004.03** = 12,53;
- для подгруппы **ds36.004.04** = 17,82;
- для подгруппы **ds36.004.05** = 23,11.

2. Разгруппирована КСГ ds36.002 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения».

Классификационными критериями являются:

- для подгруппы **ds36.002.01** «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» является указание кодов МКБ -10 согласно группировщику, за исключением **Z36.8**;

- для подгруппы **ds36.002.02** «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (антенатальный скрининг беременных)» является:

- указание кода МКБ-10: **Z36.8** и кодов услуг согласно Номенклатуре: осмотр не менее 8 из перечисленных в приказе ДЗПК от 07.05.2019 № 18/пр/444 врачей-специалистов и 100% инструментальных и лабораторных исследований указанных в приказе;

- «длительность пребывания» не более 2-х дней включительно.

Значения коэффициентов затроемкости (**КЗ**):

- для подгруппы **ds36.002.01** = 0,57;
- для подгруппы **ds36.002.02** = 0,54.

2.2.3. Оплата случаев лечения по профилю «онкология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

Отнесение случаев к группам st19.027-st19.036, st19.056-st19.058, ds19.018-ds19.027 и ds19.030-ds19.032, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh001 – sh688, sh903, sh904).

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии».

Оплата случая в рамках КСГ рассчитана исходя из определенного количества дней введения. При этом количество дней госпитализации может превышать количество дней введения с учетом периода наблюдения пациента до и после введения лекарственных препаратов. В случае включения в тариф 1 дня введения лекарственных препаратов из нескольких дней, составляющих цикл, предполагается, что между госпитализациями с целью введения лекарственных препаратов (в том числе в рамках одного цикла) пациенту не показано пребывание в условиях круглосуточного и дневного стационара.

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены при необходимости в том числе нагрузочные дозы (начальная доза больше поддерживающей) в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh903 или sh904 по следующему правилу:

sh903	Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: C00, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C15, C16, C18, C19, C20, C21, C22, C22.0, C22.1, C23, C24, C25, C30, C31, C32, C33, C34, C37, C38, C40, C41, C43, C44, C45, C45.0, C48, C49, C50, C51, C52, C53, C54, C56, C57, C58, C60, C61, C62, C64, C65, C66, C67, C70, C71, C72, C73, C74.0, D00-D07, D09.1, D09.3-D09.9
sh904	Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C01, C02, C03, C04, C05, C06, C14, C17, C22.2-C22.9, C26, C39, C45.1-C45.9, C46, C47, C55, C63, C68, C69, C74.1-C74.9, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97, D09.2

В случаях применения sh903 и sh904 **обязательно** проведение экспертизы качества медицинской помощи.

КСГ st19.038 (ds19.028) «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований»

Данная КСГ применяется в случаях, когда установка, замена порт-системы являются основным поводом для госпитализации. Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт систему (катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения, оплата осуществляется по двум КСГ.

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая к КСГ производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования. При формировании реестров счетов в указанных случаях рекомендуется установление соответствующей отметки, при этом процесс кодирования случая по соответствующей КСГ осуществляется на уровне субъекта РФ.

КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения».

Отнесение к данной КСГ производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

При экспертизе качества медицинской помощи целесообразно обращать внимание на обоснованность подобных госпитализаций.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования».

Отнесение случая к этой группе осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «В». Данная группа предназначена в основном для оплаты случаев госпитализаций в отделения /

медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации.

КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ».

Отнесение к КСГ ds19.029 осуществляется по коду МКБ 10 (С., D00-D09) в сочетании со следующими кодами Номенклатуры:

□ A07.23.008.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией головного мозга с введением контрастного вещества»;

□ A07.30.043 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП»;

□ A07.30.043.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП с контрастированием».

2.3. Способ оплаты 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)

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.

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, приведен в Приложении № 1.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, **за исключением:**

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется из объема средств финансирования по подушевому нормативу и объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов.

Объем средств финансирования по подушевому нормативу для каждой медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, рассчитывается с учетом средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации, включающего: половозрастной коэффициент дифференциации, коэффициент дифференциации среднего радиуса территории обслуживания, районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, установленные законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых

показателей уровня заработной платы медицинских работников и рассчитывается по формуле:

$$\text{СФП}_i = \text{ФДПн}_i * \text{ЧЗ}_i, \text{ где:}$$

СФП_і - объем средств финансирования скорой медицинской помощи по подушевому нормативу для і-той медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь;

ФДПн_і – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо для і-той медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь (Приложение № 15);

ЧЗ_і – численность застрахованного населения, обслуживаемого станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи, по состоянию на 01 ноября 2019 года по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, определяется на основе базового (среднего) норматива финансирования.

Расчет базового (среднего) подушевого норматива производится путем деления плановой суммы средств на скорую медицинскую помощь, установленной Территориальной программой ОМС на год, за минусом суммы средств, запланированных на проведение тромболитической терапии, и суммы средств на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным в Приморском крае гражданам, постоянно проживающим на территории иных субъектов Российской Федерации, на численность населения, обслуживаемого станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи в целом по Приморскому краю.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций рассчитывается по формуле:

$$\text{ДПн}_i = \text{ПНбаз} * \text{КД}_i(\text{инт}), \text{ где}$$

ПНбаз – базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи;

КДі(инт) – интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для медицинской организации рассчитывается по формуле:

$$\text{КДі(инт)} = \text{КДпвс} * \text{КДср} * \text{КДси} * \text{КДзп} * \text{КДСУБ}, \text{ где:}$$

КДпвс – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

КДср - коэффициент дифференциации среднего радиуса территории обслуживания;

КДси - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

КДзп - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников;

КДСУБ – районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, установленные законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к плановому объему средств на скорую медицинскую помощь, установленному Территориальной программой ОМС на год, рассчитывается поправочный коэффициент (ПК).

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается по формуле:

$$\Phi ДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}$$

При расчете коэффициентов учтено:

КДср - количество медицинских эвакуаций, выполняемых в соответствии с маршрутизацией утвержденной соответствующими приказами департамента здравоохранения Приморского края;

КДси - сохранение размера финансового обеспечения медицинской организации не ниже уровня 2019 года;

КДзп - 10% размер районного коэффициента к заработной плате для работников МО, осуществляющими деятельность на территории населенных пунктов, расположенных в сельской местности и рабочих поселках приграничной 30-километровой зоны: Кировский район, Октябрьский район, Пограничный район, Пожарский район, Хасанский район (приграничные территории).

В случае проведения тромболитической терапии оплата медицинской помощи производится по тарифу за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (Приложение № 16).

Вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе включает комплекс диагностических и лечебных манипуляций, проводимых бригадой скорой медицинской помощи с использованием лекарственных средств.

2.4. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (за исключением скорой медицинской помощи)

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а

также медицинскую реабилитацию, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая фактическое выполнение объема медицинской помощи по видам и условиям оказания. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Указанный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Расчет стоимости медицинской помощи осуществляется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива (Приложение № 18) и численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации по состоянию на последний день отчетного месяца.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций производится раз в квартал в соответствии с «Порядком осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания

медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), за достижение показателей результативности деятельности» (Приложение № 19).

Показатели результативности деятельности медицинской организации имеющей прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) утверждаются Комиссией раз в квартал (Приложение № 20).

Расчеты между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляются по тарифам (Приложение № 5) в соответствии с «Порядком проведения страховыми медицинскими организациями межучрежденческих расчетов» (Приложение № 6).

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, с учетом показателей результативности (за исключением скорой медицинской помощи), указан в Приложении № 1.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными

целями, обращение в связи с заболеванием, а также специализированную медицинскую помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации, **за исключением:**

- расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию всех видов, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходов на оплату диализа;

- расходов на оплату высокотехнологичной медицинской помощи;

- расходов на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);

- расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.5. Медицинская помощь, оказанная инокраевым гражданам на территории Приморского края, и жителям Приморского края за пределами территории страхования

Оплата медицинской помощи, оказанная инокраевым гражданам на территории Приморского края, и жителям Приморского края за пределами территории страхования проводится согласно Правил.

Медицинские организации, оказавшие медицинские услуги гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах РФ, представляют в ГУ ТФОМС ПК отдельно сформированные реестры счетов и счета за оказанную медицинскую помощь.

ГУ ТФОМС ПК проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи реестров счетов, при наличии претензий составляет протокол с мотивированным отказом и направляет его в медицинскую организацию. При отсутствии претензий ГУ ТФОМС ПК оплачивает счета МО по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным на территории Приморского края медицинскими организациями, находящимися вне территории Приморского края, осуществляется по видам, включенным в базовую программу ОМС, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи, при наличии полиса ОМС и документа, удостоверяющего личность.

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

Территориальный фонд ОМС другой территории предъявляет в ГУ ТФОМС ПК к оплате реестр счетов и счет на общую сумму оказанных услуг. Реестр счетов передается согласно правилам представления информации при проведении межтерриториальных расчетов.

ГУ ТФОМС ПК производит оплату счета после получения его на бумажном носителе или в электронном виде с электронно-цифровой подписью по тарифам, действующим на другой территории на момент оказания медицинской помощи, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в соответствии с требованием ч.7 ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ и Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам определяют уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО.

Тарифы на оплату медицинской помощи включают расходы медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги):

- 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.

В состав расходов на оплату труда включаются денежные выплаты стимулирующего характера, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации:

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

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

- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую

медицинскую помощь вне медицинской организации;

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

Указанные расходы осуществляются в пределах средств, полученных МО от СМО по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, в рамках объемов предоставления медицинской помощи, распределенных решением Комиссии.

В структуру тарифа **не включаются и не подлежат оплате** за счет средств обязательного медицинского страхования расходы медицинских организаций:

- не связанные с деятельностью по ТПОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности и (или) переданного в безвозмездное пользование;

- на проведение капитального ремонта нефинансовых активов (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения капитального ремонта и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.);

- на приобретение иммунобиологических препаратов для вакцинации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- на приобретение основных средств стоимостью свыше 100 000 рублей за единицу;

- расходы на оплату получения высшего и/или среднеспециального образования, обучение в ординатуре, интернатуре;

- прочие расходы, финансируемые согласно ТППГ за счет бюджетов всех уровней, в том числе в виде выплат (надбавок, повышений и иных доплат) к заработной плате установленных нормативными правовыми актами

Приморского края (в т.ч. органами исполнительной власти) сверх размеров утвержденных нормативными документами Российской Федерации.

В целях правильного применения Соглашения следует руководствоваться Указаниями о порядке применения Бюджетной классификации Российской Федерации, ежегодно утверждаемыми соответствующими приказами Министерства финансов Российской Федерации и Инструкцией по применению единого плана счетов бухгалтерского учета для органов государственной власти (государственных органов), органов местного самоуправления, органов управления государственными внебюджетными фондами, государственных академий наук, государственных (муниципальных) учреждений.

В случае изменения в течение финансового года тарифов на оплату медицинской помощи, ранее действующие тарифы на данный вид, форму и условие оказания медицинской помощи применению не подлежат.

3.1. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинских организаций:

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 6 026,35 рублей.

- Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 241,14 рублей на одно прикрепившееся лицо.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива в части медицинской помощи в амбулаторных условиях

моложе трудоспособного возраста						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
до года		1-4 года		5-17 лет		18-64 года	18-64 года	65 лет и старше	65 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
3,7566	3,7438	2,4182	2,3449	1,5338	1,5052	0,4334	0,8419	1,6000	1,6000

– Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц (Приложение № 2);

– Тарифы за единицу объема (посещение, обращение) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 5/1);

– Тарифы за единицу объема (медицинские услуги) для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 5/2);

– Тарифы за единицу объема (медицинские услуги, входящие в минимальный перечень лабораторных и инструментальных исследований, обязательных для выполнения поликлиниками-прикрепления при направлении на консультацию в соответствии с маршрутизацией пациентов) для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 5/3);

– Тарифы за единицу объема (бактериологические исследования)* для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 5/4);

– Тарифы на оплату единицы объема (посещения, обращения) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых не осуществляется по подушевому нормативу (Приложение № 9/1);

– Перечень медицинских услуг, входящих в посещение, обращение по профилю «Стоматология» для оказания помощи в стоматологических

поликлиниках (стоматологических отделениях, кабинетах медицинских организаций) (Приложение 9/2);

– Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (стоматологическая УЕТа) (Приложение № 9/3);

– Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 9/4).

– Тарифы на оплату единицы объема (отдельные медицинские услуги) (Приложение № 9/5);

– Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в центрах здоровья медицинских организаций всех уровней (Приложение № 9/6);

– Тарифы на оплату посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях (Приложение № 9/7);

– Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - I этап диспансеризации (Приложение № 9/8);

– Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - II этап диспансеризации (Приложение № 9/9);

– Тарифы для оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приложение № 9/10);

– Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения (Приложения № 9/11);

– Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 9/12);

– Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 10);

- Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях устанавливаются в размере:

Уровень (подуровень) медицинской организации в соответствии с Приложением № 1 к Соглашению	Коэффициент уровня (подуровня)
Первый уровень	
1.1	0,94
1.2.	1,00
Второй уровень	
2.1	1,05
2.2	1,06

3.2. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинских организаций:

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 8 134,88 рубля.

– Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), в стационарных условиях составляет 22 598,52 руб.

– Базовый тариф на оплату услуг диализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ»), без учета коэффициента дифференциации, составляет 5 949,00руб.

– Базовый тариф на оплату услуг перитониального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитониальный диализ»), без учета коэффициента дифференциации, составляет 4 722,00 руб.

– Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, и КСГ, подлежащих оплате в полном объеме независимо от длительности лечения), коэффициенты относительной затроемкости, управленческие коэффициенты в условиях круглосуточного стационара (Приложение № 11);

- Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях устанавливаются в размере:

Уровень (подуровень) медицинской организации в соответствии с Приложением № 1 к Соглашению	Коэффициент уровня (подуровня)
Первый (среднее значение)	0,73
1.1	0,70
1.2	0,85
1.3	0,90
Второй (среднее значение)	0,91
2.1	0,90
2.2	1,00
2.3	1,20
Третий (среднее значение)	1,11
3.1	1,10
3.2	1,40

– Тарифы на оплату услуг диализа (Приложение № 12);

– Тарифы на оплату медицинской помощи на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего, в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (Приложение №13);

– Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 10);

– Перечень случаев, для которых установлен КСЛП (Приложение № 21).

3.3. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинских организаций системы ОМС:

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 769,05 руб.

– Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в условиях дневного стационара составляет 12 291,46 руб.;

– Базовый тариф на оплату услуг диализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ»), без учета коэффициента дифференциации, составляет 5 949,00 руб.

– Базовый тариф на оплату услуг перитониального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитониальный диализ»), без учета коэффициента дифференциации, составляет 4 722,00 руб.

– Средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» в условиях дневного стационара (с учетом коэффициента дифференциации) составляет 152 760,04руб.;

– Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, и КСГ, подлежащих оплате в полном объеме независимо от длительности лечения), коэффициенты относительной затратоемкости в условиях дневного стационара (Приложение №14);

– Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара устанавливаются в размере:

Уровень (подуровень) медицинской организации в соответствии с Приложением № 1 к Соглашению	Коэффициент уровня (подуровня)
Первый (среднее значение)	0,70
1.1	0,7
1.2.	0,71
Второй (среднее значение)	1,02
2.1	1
2.2	1,20

- Тарифы на оплату услуг диализа (Приложение №12);
- Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 10);
- Перечень случаев, для которых установлен КСЛП (Приложение № 21).

3.4.Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 970,84 рублей;
- Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо составляет 961,88 рублей в год, 80,16 рублей в месяц.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

моложе трудоспособного возраста						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
до года		1-4 года		5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
муж	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
3,4965	3,2273	1,7518	1,5547	0,5669	0,5616	0,5956	0,6841	1,6510	1,8995

– Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо (Приложение №15);

– Тарифы на медицинские услуги, оказываемые станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи, в том числе для межтерриториальных расчетов (Приложение № 16).

3.5. Тарифы для оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (за исключением скорой медицинской помощи)

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 15 930,27 рублей;

- Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного

стационара (за исключением скорой медицинской помощи), составляет 678,89 рублей на одно прикрепившееся лицо;

- Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь по всем видам и условиям, с учетом показателей результативности (за исключением скорой медицинской помощи) (Приложение № 18);

- Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), за достижение показателей результативности деятельности (Приложение № 19);

- Показатели результативности деятельности медицинской организации имеющей прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) (Приложение № 20).

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи дефекты медицинской помощи и (или) нарушения при оказании медицинской помощи являются основанием для отказа в оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание,

несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества установлен Приложением № 17.

5. Заключительные положения

Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

- Приложение № 1 - Перечень медицинских организаций в разрезе условий оказания медицинской помощи ;
- Приложение № 2 - Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц;
- Приложение № 3 - Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности деятельности;
- Приложение № 4 - Показатели результативности деятельности медицинской организации;
- Приложение № 5/1 - Тарифы за единицу объема (посещение, обращение) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу для осуществления межучрежденческих расчетов;
- Приложение № 5/2 - Тарифы за единицу объема (медицинские услуги) для осуществления межучрежденческих расчетов;
- Приложение № 5/3 - Тарифы за единицу объема (медицинские услуги, входящие в минимальный перечень лабораторных и инструментальных исследований, обязательных для выполнения поликлиниками-прикрепления

при направлении на консультацию в соответствии с маршрутизацией пациентов) для осуществления межучрежденческих расчетов;

– Приложение № 5/4 -Тарифы за единицу объема (бактериологические исследования)* для осуществления межучрежденческих расчетов;

– Приложение № 6 - Порядок проведения страховыми медицинскими организациями межучрежденческих расчетов;

– Приложение № 7 – Тарифы на оплату за отдельные диагностические (лабораторные) исследования;

– Приложение № 8 – Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов и размер их финансового обеспечения;

– Приложение № 9/1 - Тарифы на оплату единицы объема (посещения, обращения) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых не осуществляется по подушевому нормативу;

– Приложение № 9/2 - Перечень медицинских услуг, входящих в посещение, обращение по профилю «Стоматология» для оказания помощи в стоматологических поликлиниках (стоматологических отделениях, кабинетах медицинских организаций);

– Приложение № 9/3 - Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (стоматологическая УЕТа);

– Приложение № 9/4 - Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях;

– Приложение № 9/5 - Тарифы на оплату единицы объема (отдельные медицинские услуги);

- Приложение № 9/6 - Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в центрах здоровья медицинских организаций всех уровней;
- Приложение № 9/7 - Тарифы на оплату посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях;
- Приложение № 9/8 - Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - 1 этап диспансеризации;
- Приложение № 9/9 - Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения - 2 этап диспансеризации;
- Приложение № 9/10 - Тарифы для оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- Приложение № 9/11 - Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения;
- Приложение № 9/12 - Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;
- Приложение № 9/13 - Тарифы на оплату единицы объема (комплексные посещения) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых не осуществляется по подушевому нормативу;
- Приложение № 10- Коэффициенты дифференциации, используемые в расчетах тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- Приложение № 11 - Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, и КСГ, подлежащих оплате в полном объеме независимо от длительности лечения), коэффициенты относительной

затратоемкости, управленческие коэффициенты в условиях круглосуточного стационара;

– Приложение № 12 - Тарифы на оплату услуг диализа;

– Приложение № 13 - Тарифы на оплату медицинской помощи на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования;

– Приложение № 14 - Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний (в том числе КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, и КСГ, подлежащих оплате в полном объеме независимо от длительности лечения), коэффициенты относительной затратоемкости в условиях дневного стационара;

– Приложение № 15 - Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо;

– Приложение № 16 - Тарифы на медицинские услуги, оказываемые станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи, в том числе для межтерриториальных расчетов;

– Приложение № 17 - Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи);

– Приложение № 18 - Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, с учетом показателей результативности (за исключением скорой медицинской помощи);

– Приложение № 19 - Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую

помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), за достижение показателей результативности деятельности;

- Приложение № 20 - Показатели результативности деятельности медицинской организации имеющей прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи);

- Приложение № 21 - Перечень случаев, для которых установлен КСЛП;

- Приложение № 22 – Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек.

На основании решения Комиссии настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено, в том числе в части тарифов для оплаты медицинской помощи.

Пересмотр (индексация) тарифов для оплаты медицинской помощи производится при получении дополнительных источников финансирования и внесении соответствующих изменений в Территориальную программу ОМС.

Все изменения и дополнения, вносимые в данное Тарифное соглашение, оформляются в письменной форме и являются его неотъемлемой частью с момента их подписания сторонами.

Изменения и дополнения оформляются в виде Дополнительных соглашений.

Для медицинских организаций, вновь включенных в Перечень МО, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Приморского края в 2020 году, в файлах со сведениями об оказанной медицинской помощи, дата начала лечения должна быть не ранее 01.01.2020.

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2020 года и действуют по 31 декабря 2020 года.

Председатель комиссии

В.С. Фисенко

Секретарь комиссии

К.В. Скорупский

Директор ООО Страховая
медицинская организация
«Восточно-страховой альянс»

Б.П. Тихонов

Председатель Приморской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

И.И. Лизенко