

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

г. Севастополь

«19» декабря 2018 г.

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Департамент здравоохранения города Севастополя, в лице директора Шеховцова С.Ю. и заместителя директора Малишевского М.В, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя, в лице директора Гроздовой Т.Ю., страховые медицинские организации города Севастополя, в лице директора Севастопольского филиала Общества с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «Крыммедстрах» Галянской Л.С. и директора Севастопольского филиала «Крымской страховой медицинской компании» Общества с ограниченной ответственностью «Арсенал медицинское страхование» Колтуновой Е.А., Севастопольская территориальная организация профсоюзов работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Кравченко И.Д., профсоюзный комитет ГБУЗС «Городская больница № 3 им. Даши Севастопольской», в лице председателя Политовой И.А., Региональная общественная организация «Ассоциация врачей Севастополя», в лице Президента Кузнецова В.В. и члена Стояновой О.А., включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Севастополя, в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования города Севастополя (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории города Севастополя, 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 и другие положения.

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»;
- приказом Министерства здравоохранения РФ от 11 марта 2013 г. № 121н «Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 года № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»;
- Порядками оказания медицинской помощи, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 года № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
- приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
- приказом Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;
- приказом Минздрава России от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы»;
- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля

объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- приказом ФФОМС от 28.09.2018 № 200 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07 апреля 2011 г. № 79»;

- письмом Минздрава России № 11-7/10/2-7543 от 21.11.2018, ФФОМС № 14525/26-1/и от 21.11.2018 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»;

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

- иными нормативными правовыми актами.

1.2. Тарифное соглашение распространяется на всех участников системы обязательного медицинского страхования при реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Севастополя.

1.3. Основные понятия и термины, используемые в Тарифном соглашении:

- Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

- Клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

- Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноемкости и поправочных коэффициентов;

- Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением (средняя стоимость законченного случая лечения);

- Коэффициент относительной затратноемкости - коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового

обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

- Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

- Управленческий коэффициент - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

- Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

- Коэффициент сложности лечения пациентов - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

- Оплата медицинской помощи за услугу - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящим Тарифным соглашением.

1.4. Сокращения, употребляемые в Тарифном соглашении:

- ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя;

- ОМС - обязательное медицинское страхование;

- Комиссия - Комиссия по разработке территориальной программы ОМС города Севастополя;

- СМО - страховая медицинская организация;

- МО - медицинская организация;

- УЕТ - условная единица трудоемкости;

- КСГ - Клинико-статистическая группа заболеваний;

- КПГ - Клинико-профильная группа заболеваний;

- МКБ 10 - Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр);

- ЭКО - экстракорпоральное оплодотворение;

- Номенклатура - «Номенклатура медицинских услуг», утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н;

- Инструкция - «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования», доведенная

письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 03.12.2018 № 15031/26-1/и;

- КУ - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент установлен настоящим Тарифным соглашением);

- КУС - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

- КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента;

- МО-заказчик - медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного или круглосуточного стационаров, выдавшая застрахованному лицу направление для получения медицинских услуг в другой медицинской организации, необходимых для оказания медицинской помощи в медицинской организации, выдавшей направление;

- МО-исполнитель - медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающая медицинские услуги застрахованным лицам, по направлениям, выданным МО-заказчиками.

Раздел 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС, осуществляется в соответствии с настоящим Тарифным соглашением, а также в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 №1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

2.2. Размер тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается дифференцированно для групп (уровней) медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций по следующим уровням:

1) первый уровень - оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального района, а также внутригородского района;

2) второй уровень - оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением;

3) третий уровень - оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах субъекта Российской Федерации, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

Распределение медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) по уровням установлено в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению.

2.3. Способы оплаты медицинской помощи по ОМС, оказанной в амбулаторных условиях.

2.3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих и не имеющих прикрепленное население установлен в соответствии с Приложением №1 к Тарифному соглашению.

2.3.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях установлены следующие способы оплаты:

1) за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

2) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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).

2.3.3. При оплате амбулаторной медицинской помощи, в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), имеющих прикрепленное население, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) в соответствии с Порядком оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), установленному Приложением №2 к Тарифному соглашению.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

1) расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации;

2) расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

3) расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме, включая медицинскую помощь, оказанную в отделениях (кабинетах) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины)), в травмпунктах и приемных отделениях

больниц;

4) расходы на стоматологическую медицинскую помощь, за исключением стоматологической медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население;

5) расходы на медицинскую помощь по профилю "акушерство и гинекология», оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепленное население;

б) расходы на консультативно-диагностические посещения в медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) 2-го уровня.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

Единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением) расчетах, установленных в соответствии с Приложением № 3 к Тарифному соглашению.

2.3.4. Финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан осуществляется путем оплаты по тарифам за законченный случай при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров; диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; при прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров в порядке, определенном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.3.5. Диспансеризация определенных групп взрослого населения (первый и второй этап) осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» и оплачивается за законченный случай проведения диспансеризации, в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями решением Комиссии.

Застрахованное лицо проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь. Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами организации работы мобильных медицинских бригад, утвержденными Минздравом России.

При наличии у застрахованного лица документально подтвержденных результатов осмотров (консультаций) врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой) (далее - осмотр), исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятия в рамках

диспансеризации принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.

Первый этап считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85 % от объема исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта.

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15 % от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85 % и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

Исследования первого этапа диспансеризации, проводимые с периодичностью 1 раз в 2 года, подлежат оплате в соответствии с тарифами, установленными настоящим Тарифным соглашением.

При выполнении в рамках первого этапа диспансеризации менее 85 % от объема диспансеризации, который установлен для данного возраста и пола застрахованного лица, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85 % и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра (в соответствии с приказом Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»), такие случаи учитываются как проведенный застрахованному лицу профилактический медицинский осмотр.

Второй этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам первого и второго этапов диспансеризации. При определении по результатам первого этапа диспансеризации показаний к проведению на втором этапе только углубленного профилактического консультирования второй этап диспансеризации считается завершенным при его выполнении, при этом осмотр врачом-терапевтом на втором этапе диспансеризации не проводится.

Исследования второго этапа диспансеризации вне зависимости от периодичности их проведение подлежат оплате по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

2.3.6. Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) осуществляются в соответствии с приказом Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра».

Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года.

В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится.

Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, и работники, занятые на отдельных видах работ, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации проходят обязательные периодические медицинские осмотры, профилактическому медицинскому осмотру не подлежат.

В медицинской организации ведется учет застрахованных лиц, прошедших профилактический медицинский осмотр, с регистрацией исследований, выполненных при проведении профилактического медицинского осмотра, и исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и учитываемых при профилактическом медицинском осмотре, а также отказов застрахованных лиц от прохождения отдельных исследований.

Профилактический медицинский осмотр считается законченным в случае выполнения не менее 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста и пола застрахованного лица (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов застрахованного лица от прохождения отдельных исследований).

Оплата законченного профилактического осмотра взрослого населения осуществляется, по тарифу, определяемому как сумма стоимостей проведенных осмотров врачей-специалистов и выполненных исследований, включенных в объем профилактического осмотра, в размере, не превышающем предельной стоимости завершеного профилактического осмотра в соответствии с настоящим Тарифным соглашением. При этом, в тариф завершеного профилактического осмотра взрослого населения не включаются и оплате не подлежат осмотры врачей-специалистов и исследования, выполненные ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра.

2.3.7. Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних осуществляются в соответствии с Приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» и оплачиваются за законченный случай проведения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями решением Комиссии.

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра врача-специалиста и (или) исследования, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра врача-специалиста и (или) исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования.

Профилактический осмотр (I этап) является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в объем профилактического осмотра.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в объем профилактического осмотра, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций профилактический осмотр является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап). Дополнительные консультации и исследования подлежат оплате по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра, оформленного в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований. Размер оплаты в данном случае рассчитывается в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

Оплата завершеного профилактического осмотра несовершеннолетних осуществляется, по тарифу, определяемому как сумма стоимостей проведенных осмотров врачей-специалистов и выполненных исследований, включенных в объем профилактического осмотра, в размере, не превышающем предельной стоимости завершеного профилактического осмотра в соответствии с настоящим Тарифным соглашением. При этом, в тариф завершеного профилактического осмотра несовершеннолетних не включаются и оплате не подлежат осмотры врачей-специалистов и исследования, выполненные ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра.

2.3.8. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, и осуществляется в отношении пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

На оплату предоставляется законченный случай проведения диспансеризации в случае выполнения установленного объема обследования не менее 100 %.

Незаконченные случаи диспансеризации оплате не подлежат.

2.3.9. Диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 года №216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, и осуществляется в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

На оплату предоставляется законченный случай проведения диспансеризации в случае выполнения установленного объема обследования не менее 100 %.

Незаконченные случаи диспансеризации оплате не подлежат.

2.3.10. Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника в порядке, установленном приказами Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи». Оплата неотложной медицинской помощи, оказанной силами отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи, производится:

а) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи по стоимости посещения к фельдшеру,

б) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи по стоимости посещения к врачу-специалисту.

2.3.11. При оплате амбулаторной медицинской помощи, в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющих прикрепленное население, применяется способ оплаты за единицу объема медицинской помощи:

1) за консультативно-диагностическое посещение к врачам-специалистам, ведущим амбулаторный прием в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) 2-го уровня;

2) за посещение с целью оказания неотложной медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия», оказанной врачом-травматологом-ортопедом в травмпунктах медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) 2-го уровня;

3) за проведение одного сеанса гемодиализа и перитонеального диализа.

2.3.12. Оплата стоматологической помощи производится по стоимости УЕТ работы врачей-стоматологов и зубных врачей дифференцировано на приеме взрослого и детского населения, определяемой в соответствии со Средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной

специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, установленным Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая по Российской Федерации составляет 3,9.

2.3.13. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

При этом для планирования объема финансовых средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность посещений в одном обращении, которая по Российской Федерации составляет 2,9.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью, посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

2.3.14. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, может осуществляться с использованием межучрежденческих расчетов за единицу объема медицинской помощи по тарифам в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

Межучрежденческие расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае если взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, МО-исполнителем составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную медицинскую услугу с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. МО-заказчиком составляется реестр счетов по установленным тарифам на все единицы объема (посещение, обращение, законченный случай диспансеризации и профилактического осмотра), вне зависимости от применяемого способа оплаты, с указанием наименований, всех оказанных МО-исполнителем медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц сумма средств по счету на оплату МО-заказчика, уменьшается на объем средств, перечисленных МО-исполнителю за выполнение медицинских услуг по направлениям, выданным данной МО-заказчиком.

При оказании медицинской помощи застрахованным гражданам на территориях других субъектов Российской Федерации межучрежденческие расчеты между медицинскими организациями не проводятся.

2.3.15 Неотложная медицинская помощь, оказываемая в отделении (кабинете) поликлиники, вне отделения (кабинета) поликлиники, вне медицинской организации, приемном отделении (покое) стационара (без госпитализации), кабинете неотложной травматологии и ортопедии (травмпункте), учитывается по посещению, стоимость

которого устанавливается в соответствии с приложением № 11 настоящего Тарифного соглашения.

2.3.16. Оплата медицинской помощи, оказанной в приемном отделении (приемном покое) стационара застрахованным лицам, не подлежащим госпитализации, за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи, осуществляется по стоимости разового посещения связи с заболеванием, определяемой как сумма стоимости первичного приема (осмотра, консультации) врача-терапевта, или врача-педиатра, или врача-акушера-гинеколога, или врача-инфекциониста, работающих в приемном отделении (приемном покое) стационара, и стоимости лабораторных и диагностических медицинских услуг в соответствии с приложением № 3 настоящего Тарифного соглашения.

Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет:

- для медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) 1 – го уровня – 1,0;

- для медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) 2 – го уровня – 1,15.

2.4. Способы оплаты медицинской помощи по ОМС, оказанной в стационарных условиях.

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

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, установлен в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению.

2.4.2. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований производится в порядке, определенном настоящим Тарифным соглашением.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения, установлен в соответствии с Приложением № 5 к Тарифному соглашению.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 85% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 90% от стоимости КСГ;
- при летальном исходе – 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 20% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 60% от стоимости КСГ;
- при летальном исходе – 50% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлены в соответствии с Приложением № 5 к Тарифному соглашению.

Оплата 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 лечение и (или) тромболитическая терапия не проводилась.

Оплата 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.

2.4.3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар), 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.

2.4.4. Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», а также st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «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.

При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, 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:

- 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).

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

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

2.4.5. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов (далее – Программа), в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи,

содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень).

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой.

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, установлен в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в государственных медицинских организациях других субъектов РФ, в Федеральных медицинских организациях, подведомственных Минздраву РФ, ФМБА РФ осуществляется в рамках межтерриториальных взаиморасчетов в соответствии с Правилами.

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

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

2.4.6. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих критериев:

- а) диагноз (код по МКБ 10);
- б) хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой);
- в) схема лекарственной терапии;
- г) МНН лекарственного препарата;
- д) возрастная категория пациента;
- е) сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- ж) оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential

Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

- з) длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;
- и) количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- к) пол;
- л) длительность лечения.

Расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, а также Инструкция по группировке случаев, включающая в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, представляется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования территориальным фондам обязательного медицинского страхования в электронном виде.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затроемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции.

Особенности формирования отдельных КСГ представлены в Приложении № 23 к Тарифному соглашению.

Формирование КСГ и расчет коэффициентов относительной затроемкости КСГ по профилю «Онкология» для случаев лечения пациентов со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выполнены в соответствии с моделями диагностики и лечения пациентов в составе проектов стандартов медицинской помощи, разработанных на основании утвержденных Ассоциацией онкологов России клинических рекомендаций по профилю «Онкология» и размещенных на Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России (cr.rosminzdrav.ru).

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы 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 к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день.

2.4.7. Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$$ПК = КУ \times КУС \times КСЛП$$

Расчет и установление значений поправочных коэффициентов осуществляется отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

2.4.8. Управленческий коэффициент (КУ) устанавливается Тарифным соглашением для конкретной КСГ.

Цель установления управленческого коэффициента состоит: в мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ или КПП, или стимулировании к внедрению конкретных современных методов лечения. Кроме этого, управленческий коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников (через осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров в больничных учреждениях. В период перехода на оплату медицинской помощи по КСГ управленческий коэффициент может применяться с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, отнесенных к отдельным КСГ, пролеченных преимущественно в многопрофильных медицинских организациях.

Управленческий коэффициент применяется к КСГ и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

Управленческий коэффициент устанавливается таким образом, чтобы средневзвешенный управленческий коэффициент (с учетом количества случаев по каждой КСГ) был равен 1 (применение повышающего коэффициента к одним КСГ

должно сопровождаться сопоставимым применением понижающего коэффициента к другим КСГ).

Значение управленческого коэффициента – от 0,8 до 1,4.

Перечень КСГ, к которым не применяются понижающие КУ (КСГ с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также КСГ, связанные с применением лекарственной терапии онкологическим больным в условиях круглосуточного и дневного стационаров) и КСГ, к которым не применяются повышающие КУ (КСГ, включающие оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара) установлен в соответствии с Приложением № 6 к Тарифному соглашению.

2.4.9. При оплате медицинской помощи учитываются этапы (уровни) предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается настоящим Тарифным соглашением в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратоемкости, коэффициент уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне оказания медицинской помощи, не применяется. Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, устанавливается в соответствии с Приложением № 6 к Тарифному соглашению.

Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях стационара составляет:

- для медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) 1 – го уровня – 0,95;
- для медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) 2 – го уровня – 1,1;
- для медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) 3 – го уровня – 1,3.

В пределах 3-го уровня системы оказания медицинской помощи выделяется подуровень, включающий федеральные медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации, для которых значение коэффициента подуровня оказания медицинской помощи устанавливается в размере 1,4.

2.4.10. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается настоящим Тарифным соглашением к отдельным случаям оказания медицинской помощи.

КСЛП учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приводится в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражаются в реестрах счетов.

Случаи, в которых применяется КСЛП и его размер устанавливается в соответствии с Приложением № 7 к Тарифному соглашению.

2.4.11. КСЛП применяется также при сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями. К сверхдлительным срокам госпитализаций относятся случаи лечения длительностью более 30 дней, за исключением ряда КСГ, для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней.

Перечень КСГ, для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней, устанавливается в соответствии с Приложением № 7 к Тарифному соглашению.

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 и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлинного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

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

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

$K_{дл}$ – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов. Коэффициент длительности устанавливается 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).

2.4.12. Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛП сумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_n - 1).$$

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации.

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное суммарное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

2.4.13. 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».

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

Для КСГ NN st37.001 - st37.018 в стационарных условиях и для КСГ NN 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 или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в городе Севастополе. При оценке 4 – 5 – 6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в приложении № 23 к Тарифному соглашению.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

2.4.15. Оплата лечения пациента при наличии у него старческой астении возможна с применением соответствующего КСЛП при выполнении следующих условий:

1. Основной диагноз пациента – не старческая астения (R54);

2. Сопутствующий диагноз пациента – старческая астения (R54);
3. Лечение осуществляется на геронтологической профильной койке.

2.4.16. Учитывая особенности оказания, пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом дневной стационар может являться структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную специализированную медико-санитарную или специализированную медицинскую помощь. Консервативное лечение хронических болезней почек и их осложнений проводится в условиях стационара и дневного стационара, острого почечного повреждения только в условиях стационара. При этом, при необходимости, 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.

Перечень тарифов на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов устанавливается в соответствии с Приложением № 8 к Тарифному соглашению.

Рекомендуемое среднее значение доли заработной платы в услуге диализа по данным фактических затрат приведено в Приложении № 8 к Тарифному соглашению.

Поправочные коэффициенты: КУС, КСЛП, КУ распространяются только на КСГ. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопускается.

В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

2.4.17. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, может осуществляться с использованием межучрежденческих расчетов за единицу объема медицинской помощи по тарифам в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

За счет стоимости законченного случая лечения при межучрежденческих расчетах оплачиваются лабораторные услуги, диагностические исследования (за исключением диализа), консультации врачей-специалистов, оказанные другими медицинскими организациями по направлению лечащего врача стационара.

Межучрежденческие расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае если взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, МО-исполнителем составляется реестр счетов по установленным

тарифам на каждую выполненную медицинскую услугу с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. МО – заказчиком составляется реестр счетов по установленным тарифам на все единицы объема (консультация специалиста, лабораторные услуги, диагностические исследования), вне зависимости от применяемого способа оплаты, с указанием наименований всех оказанных МО-исполнителем медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь (МО – заказчиком), уменьшается на объем средств, перечисленных МО-исполнителю за выполнение медицинских услуг по направлениям, выданным данной МО – заказчиком.

При оказании медицинской помощи застрахованным гражданам на территориях других субъектов Российской Федерации межучрежденческие расчеты между медицинскими организациями не проводятся.

2.5. Способы оплаты медицинской помощи по ОМС, оказанной в условиях дневного стационара.

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

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, установлен в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению.

2.5.2. Оплата 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 в условиях дневного стационара осуществляется аналогично оплате лечения в указанных случаях в условиях круглосуточного стационара (пункты 2.4.2 и 2.4.3 Тарифного соглашения).

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлены в соответствии с Приложением № 5 к Тарифному соглашению.

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

Стимуляция суперовуляции;
Получение яйцеклетки;
Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), I - II этапов (получение яйцеклетки), I - III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов, к КСГ ds02.005 применяется КСЛП в размере 0,6.

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

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.005 с применением КСЛП в размере 0,19.

В реестрах на оплату медицинской помощи для данных случаев вводится дополнительный критерий, на основании которого определяется необходимый коэффициент КСЛП и рассчитывается стоимость случая по КСГ с учетом КСЛП.

2.5.4. Общие правила формирования различных КСГ в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих критериев:

- а) диагноз (код по МКБ 10);
 - б) хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой);
 - в) схема лекарственной терапии;
 - г) МНН лекарственного препарата;
 - д) возрастная категория пациента;
 - е) сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
 - ж) оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;
- з) длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;

- и) количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- к) пол;
- л) длительность лечения.

Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара для всех медицинских организаций равно 1.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи для КСГ в условиях дневного стационара не применяется.

Особенности формирования отдельных КСГ представлены в Приложении № 24 к Тарифному соглашению.

2.6. Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, за счет средств ОМС.

2.6.1. Скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, по территориальной программе ОМС оказывает одна медицинская организация - ГБУЗС «Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф».

В связи с этим половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи устанавливаются на 2019 год в размере 1 для всех половозрастных групп.

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

2.6.3. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи за счет средств ОМС не производится.

2.6.4. В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи, в том числе на оплату скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса, устанавливаются Тарифным соглашением.

Раздел 3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, действующих на территории города Севастополя, формируются в соответствии с методикой расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2011г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и совместным письмом от 21.11.2018 Минздрава России № 11-7/10/2-7543, ФФОМС № 14525/26-1/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

3.2. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, Тарифным соглашением устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторных условиях, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 3 944,91 рубля, расчет в соответствии с Приложением № 9 к Тарифному соглашению;

2) размер среднедушевого норматива финансирования медицинских организаций и половозрастные коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы в соответствии с Приложением № 10 к Тарифному соглашению;

3) тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, включая посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии с Приложением № 11 к Тарифному соглашению;

4) тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с Приложением № 12 к Тарифному соглашению;

5) тарифы на оплату законченного случая диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 15.02.2013г. № 72н и на оплату законченного случая диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительства), в приемную или патронатную семью, проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 11.04.2013г. № 216н в соответствии с Приложением № 13 к Тарифному соглашению;

6) тарифы на оплату законченного случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, проводимого в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 10.08.2017г. № 514н, в соответствии с Приложением № 14 к Тарифному соглашению;

7) тарифы на оплату законченного случая проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 06.12.2012 № 1011н в соответствии с Приложением № 15 к Тарифному соглашению;

8) тарифы на оплату стоматологической помощи в соответствии с Приложением № 16 к Тарифному соглашению;

9) тарифы на оплату процедур гемодиализа и перитонеального диализа в соответствии с Приложением № 8 к Тарифному соглашению;

10) единые тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема, применяемые при межучрежденческих расчетах в соответствии с Приложением № 3 к Тарифному соглашению;

3.3. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, Тарифным соглашением устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в стационарных условиях, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 5 067,98 рубля, расчет в соответствии с Приложением № 9 к Тарифному соглашению;

2) размер базовой ставки финансового обеспечения стационарной медицинской помощи в соответствии с Приложением № 17 к Тарифному соглашению;

3) тарифы на оплату законченного случая лечения в стационарных условиях в соответствии с Приложением № 18 к Тарифному соглашению;

4) тарифы за законченный случай лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС в соответствии с Приложением № 19 к Тарифному соглашению;

5) тарифы на оплату процедур гемодиализа и перитонеального диализа в соответствии с Приложением № 8 к Тарифному соглашению.

3.4. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, Тарифным соглашением устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 1 141,90 рубля, расчет в соответствии с Приложением № 9 к Тарифному соглашению;

2) размер базовой ставки финансового обеспечения стационарозамещающей медицинской помощи в соответствии с Приложением № 17 к Тарифному соглашению;

3) тарифы на оплату законченного случая лечения в условиях дневного стационара в соответствии с Приложением № 20 к Тарифному соглашению.

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

1) средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 680,25 рубля, расчет в соответствии с Приложением № 9 к Тарифному соглашению;

2) базовый размер месячного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в соответствии с Приложением № 21 к Тарифному соглашению;

3) тарифы на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе в случае проведения тромболитика в соответствии с Приложением № 21 к Тарифному соглашению.

3.6. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой ОМС и включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, 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.

3.7. Удельный вес расходов по статьям для каждой медицинской организации формируется исходя из потребности медицинской организации в покрытии расходов, связанных с оказанием медицинской помощи и содержанием медицинской организации в рамках установленных объемов медицинской помощи и финансового обеспечения территориальной программы ОМС на соответствующий год.

3.8. В состав тарифа включаются следующие статьи и подстатьи расходов МО в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления (далее – КОСГУ).

3.8.1. Статья 210 «Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда»:

1) подстатья 211 «Заработная плата»;

Расходы по оплате труда работников медицинских организаций, участвующих в выполнении территориальной программы ОМС.

2) подстатья 212 «Прочие выплаты»:

Расходы медицинских организаций на дополнительные выплаты и компенсации, обусловленные условиями отношений с работниками, участвующими в выполнении территориальной программы ОМС, в соответствии с КОСГУ.

3) подстатья 213 «Начисления на выплаты по оплате труда».

Расходы по уплате страховых взносов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Состав тарифа в части расходов на заработную плату включает финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей

практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам МО и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне МО;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

для достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

3.8.2. Статья 220 «Оплата работ, услуг»:

1) подстатья 221 «Услуги связи»;

Расходы медицинских организаций по оплате услуг связи по договорам на оказание услуг связи в целях обеспечения нужд медицинских организаций, необходимых для выполнения территориальной программы ОМС.

2) подстатья 222 «Транспортные услуги»;

Расходы на приобретение транспортных услуг, необходимых для выполнения территориальной программы ОМС.

3) подстатья 223 «Коммунальные услуги»;

Расходы на приобретение коммунальных услуг по договорам на оказание коммунальных услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС.

4) подстатья 224 «Арендная плата за пользование имуществом»;

Расходы медицинских организаций по оплате арендной платы в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды имущества) объектов нефинансовых активов, необходимых для выполнения территориальной программы ОМС.

Расходы по оплате аренды объектов нефинансовых активов подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования без ограничения размера платежа.

В случае, если договором аренды (лизинга) предусмотрен дальнейший выкуп арендуемых объектов нефинансовых активов арендатором, то расходы по приобретению арендуемых объектов нефинансовых активов должны быть отнесены на КОСГУ 310 «Увеличение стоимости основных средств» и подлежат оплате за счет средств ОМС только в случае, если выкупная стоимость не превышает ста тысяч рублей за единицу.

5) подстатья 225 «Работы, услуги по содержанию имущества»;

Расходы медицинских организаций на оплату работ, услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание услуг, связанных с содержанием, обслуживанием, ремонтом нефинансовых активов, находящихся в собственности, оперативном управлении или аренде, в том числе расходы на проведение пусконаладочных работ основных средств

(оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу).

б) подстатья 226 «Прочие работы, услуги»;

Расходы медицинских организаций на оплату прочих работ, услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание услуг.

3.8.3. Статья 260 «Социальное обеспечение»:

1) подстатья 262 «Пособия по социальной помощи населению» в части расходов на социальное обеспечение работников МО;

Расходы медицинских организаций на выплаты в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, в рамках исполнения полномочий работодателя.

3.8.4. Статья 290 «Прочие расходы» в части расходов МО:

1) по уплате налогов, государственных пошлин и сборов, разного рода платежей в бюджеты всех уровней (налог на имущество, земельный налог, транспортный налог и т.д.);

2) по уплате штрафов, пеней за несвоевременную уплату налогов и сборов, других экономических санкций;

3) по возмещению физическому лицу морального и физического вреда, взысканного по решению суда в связи с некачественным оказанием медицинской помощи;

4) по оплате судебных издержек, связанных с предоставлением интересов МО;

5) по возврату медицинской организацией средств, затраченных пациентом при оказании медицинской помощи по территориальной программе ОМС;

б) по уплате штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи по территориальной программе ОМС ненадлежащего качества, предусмотренного договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

3.8.5. Статья 310 «Увеличение стоимости основных средств», в части расходов на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.8.6. Статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» в части расходов:

1) на приобретение лекарственных средств в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – Перечень), а также лекарственных препаратов, не входящих в стандарты и Перечень, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям на основании решения врачебной комиссии; изделий медицинских, в том числе хирургических; перевязочных средств; расходных материалов; реактивов и химикатов; стекла и химпосуды; дезинфицирующих средств с целью обеспечения санитарно-эпидемиологического режима МО в соответствии с нормативно-правовыми актами.

При заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу ОМС, обеспечение расходными материалами, медицинским инструментарием и другими изделиями медицинского назначения независимо от их стоимости приобретаются и

используются МО в объеме, необходимом для обеспечения предоставления медицинской помощи надлежащего объема и качества.

В состав тарифа посещений в амбулаторных условиях с неотложной целью входят расходы на обеспечение граждан необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения с целью снятия неотложного состояния пациента;

2) на приобретение продуктов питания для обеспечения необходимым лечебным питанием застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в рамках территориальной программы ОМС по нормам, утвержденным приказами Минздрава России, в том числе:

расходы на обеспечение специальным питанием медицинских работников, работа которых связана с вредными и опасными для здоровья и жизни условиями труда в соответствии с нормами, установленными приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 16.02.2009 № 45н «Об утверждении норм и условий бесплатной выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, молока или других равноценных пищевых продуктов, порядка осуществления компенсационной выплаты в размере, эквивалентном стоимости молока или других равноценных пищевых продуктов, и перечня вредных производственных факторов, при воздействии которых в профилактических целях рекомендуется употребление молока или других равноценных пищевых продуктов»;

3) на приобретение прочих материальных запасов, в части расходов на приобретение запасных частей и (или) составных частей для машин и оборудования, в том числе стоимостью свыше 100 тысяч рублей, расходов на приобретение горюче-смазочных материалов, посуды, хозяйственных материалов, канцелярских принадлежностей, бланочной продукции и расходов на приобретение котельно-печного топлива;

4) на мягкий инвентарь для пациентов и медицинского персонала МО в соответствии с нормами расходов и сроками износа (в том числе специальная одежда и обувь, костюмы, куртки, брюки, халаты), утвержденными приказами федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и приобретение имущества, функционально ориентированного на гражданскую оборону, охрану труда и технику безопасности (предохранительные приспособления, рукавицы, комбинезоны, шлемы, противогазы, респираторы, другие виды специальной одежды и обуви, очки);

3.9. В структуру тарифа за счет средств ОМС не включается:

1) проезд пациентов до места оказания услуг методами гемодиализа, перевозка умерших пациентов в морг;

2) расходы на оплату транспортных услуг по доставке пациентов и проезда граждан к месту получения медицинских услуг, за исключением транспортных услуг при транспортировке пациентов из одной медицинской организации в другую;

3) финансовое обеспечение зубного протезирования отдельным категориям граждан;

4) пренатальная (дородовая диагностика) нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-

генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях МО;

5) обеспечение деятельности паталогоанатомических бюро (отделений), за исключением проведения гистологических и цитологических исследований пациентов паталогоанатомическими отделениями многопрофильных МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

б) расходы на приобретение цельной донорской крови, компонентов донорской крови; вакцин в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям; иммунобиологических лекарственных препаратов для лечения больных с гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей в соответствии с перечнем, централизованно закупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных препаратов; лекарственных препаратов, используемых для проведения туберкулинодиагностики (туберкулин) в соответствии с законодательством о предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации;

7) расходы на хранение иммунобиологических препаратов (вакцин);

8) обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки);

9) проведение медицинского освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения;

10) расходы на оплату услуг по подготовке медицинских работников по вопросам проведения предрейсовых, послерейсовых и текущих медицинских осмотров водителей транспортных средств;

11) расходы, связанные с оплатой услуг за проведение дезинфекционных мероприятий, проводимых вне МО в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к противоэпидемическому режиму;

12) оплата расходов по проведению заключительной дезинфекции в выявленных очагах возбудителей инфекционных заболеваний;

13) оплата обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течении трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований) работников медицинских организаций, структурные подразделения которых не включены в систему ОМС;

14) оснащение медицинских кабинетов образовательных учреждений мебелью, оргтехникой и медицинскими изделиями, согласно стандарту оснащения (Приложение № 3 к Порядку оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»);

15) оплата расходов на содержание врачей специалистов, осуществляющих медицинскую деятельность при отсутствии лицензии у медицинской организации на данный вид деятельности;

16) проведение совещаний, конференций, съездов и участие в них; проведение мероприятий по гражданской обороне; расходы на проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни;

17) расходы, связанные с проведением капитального ремонта; расходы на проектно-сметную документацию для строительства, реконструкции и проведения капитального ремонта. Определение понятия капитального ремонта объектов капитального строительства приведено в части 14 статьи 1 Градостроительного кодекса Российской Федерации.

18) проведение научно-исследовательских, опытно-конструкторских, опытно-технологических, геолого-разведочных, проектных и изыскательных работ;

19) расходы на межевание границ земельных участков;

20) приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тыс. рублей за единицу;

21) предоставление компенсационных выплат на возмещение расходов по оплате жилья;

22) расходы, не связанные с деятельностью по реализации территориальной программы ОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, используемого в коммерческих целях;

23) расходы на уплату государственных пошлин и судебных издержек по судебным делам, не связанным с деятельностью медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС;

24) расходы на приобретение строительных материалов для капитального ремонта, нового строительства, реконструкции зданий и сооружений, спецоборудования для научно – исследовательских работ;

25) оплата зарубежных командировок и командировок, осуществляемых бизнес-классом.

3.10. При определении соответствующих направлений расходования средств МО следует руководствоваться Порядком формирования и применения кодов бюджетной классификации Российской Федерации, их структуре и принципах назначения, утвержденного приказом Министерства финансов Российской Федерации от 08.06.2018 № 132н «О порядке формирования и применения кодов бюджетной классификации Российской Федерации, их структуре и принципах назначения», Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1 «О Классификации основных средств, включаемых в амортизационные группы» и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-2014, принятым приказом Росстандарта от 12.12.2014 № 2018-ст «О принятии и введении в действие Общероссийского классификатора основных фондов (ОКОФ) ОК 013-2014 (СНС 2008)».

3.11. Медицинские организации негосударственной формы собственности при определении соответствующих направлений расходования средств руководствуются Планом счетов бухгалтерского учета финансово – хозяйственной деятельности организаций, утвержденным приказом Министерства финансов Российской Федерации от 03.10.2000 № 94н «Об утверждении плана счетов бухгалтерского учета

финансово-хозяйственной деятельности организаций и инструкции по его применению».

3.12. Медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС, ведут отдельный учет по операциям со средствами ОМС и средствами, полученными из других источников.

3.13. Медицинская организация утверждает способ распределения расходов, необходимых для деятельности медицинской организации.

3.14. В целях недопущения возникновения кредиторской задолженности, медицинские организации не должны принимать к учету финансовые обязательства, которые не обеспечены поступающими через структуру тарифа средствами обязательного медицинского страхования.

3.15. Контроль за целевым и эффективным использованием финансовых средств ОМС в СМО и МО осуществляется ТФОМС города Севастополя. Использование средств ОМС МО на оплату медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС, а также на возмещение затрат, не включенных в структуру тарифов по ОМС, является нецелевым и подлежит восстановлению в доход бюджета ТФОМС города Севастополя в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Раздел 4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования осуществляются в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

4.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

Общий размер санкций, применяемых к медицинским организациям, включающий в себя размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитывается в порядке,

установленном Правилами ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н.

4.3. 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 в соответствии с Приложением № 22 к Тарифному соглашению.

Раздел 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями города Севастополя лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется в соответствии с разделом IX Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н.

5.1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим тарифам:

1) тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, включая посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии с Приложением № 11 к Тарифному соглашению;

2) тарифы на оплату стоматологической помощи в соответствии с Приложением № 16 к Тарифному соглашению;

3) тарифы на оплату процедур гемодиализа и перитонеального диализа в соответствии с Приложением № 8 к Тарифному соглашению;

4) Оплата медицинской помощи, оказанной в приемном отделении (приемном покое) стационара лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, не подлежащим госпитализации, за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи, осуществляется в соответствии с пунктом 2.3.16. настоящего Тарифного соглашения.

5.1.2. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в стационарных условиях, осуществляется по следующим тарифам:

1) тарифы на оплату законченного случая лечения в стационарных условиях в соответствии с Приложением № 18 к Тарифному соглашению;

2) тарифы за законченный случай лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС в соответствии с Приложением № 19 к Тарифному соглашению;

3) тарифы на оплату процедур гемодиализа и перитонеального диализа в соответствии с Приложением № 8 к Тарифному соглашению.

5.1.3. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в условиях дневного стационара, осуществляется по тарифам на оплату законченного случая лечения в условиях дневного стационара в соответствии с Приложением № 20 к Тарифному соглашению.

5.1.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации вне медицинских организаций, производится по тарифам на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе в случае проведения тромболизиса в соответствии с Приложением № 21 к Тарифному соглашению.

5.2. Иные аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС.

5.2.1. В случае невыполнения медицинскими организациями объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между медицинскими организациями Комиссией, выплата заработной платы и оплата других расходов, включенных в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, за невыполненный объем не являются обязательством системы ОМС.

5.2.2. Негосударственные медицинские организации, осуществляющие деятельность в системе ОМС города Севастополя, формируют учётную политику в соответствии с требованиями по раздельному учёту средств ОМС, и направляют данные средства на финансирование расходов, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением и Территориальной программой обязательного медицинского страхования.

5.2.3. При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам медицинской помощи в полном объеме и на условиях, определенных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам города Севастополя медицинской помощи (отсутствие или длительное отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных диагностических исследований и др.), медицинская организация обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг по направлению в другие медицинские организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Тарифным соглашением.

5.2.4. Со дня рождения и до дня государственной регистрации рождения ребенка, счета на оплату услуг выставляются по реквизитам полиса ОМС матери новорожденного, с обязательным указанием в реестре счете даты рождения и пола ребенка.

В случае, если гражданин сменил СМО в течение периода лечения в стационаре, дневном стационаре, при оказании амбулаторной медицинской помощи по законченному случаю лечения или пациент не был застрахован на дату начала лечения, оплату проводит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

5.2.5. Финансовое обеспечение расходов МО при перевыполнении объемов медицинской помощи, установленных планом-заданием по оказанию медицинской

помощи в рамках территориальной программы ОМС на соответствующий год, не является расходными обязательствами системы ОМС.

Вопрос об оплате объемов медицинской помощи, представленных сверх объемных показателей, установленных планом-заданием и в соответствии с договором на оказание медицинской помощи по ОМС, заключаемые между СМО и МО, рассматривается индивидуально по каждой МО, с учетом показателей оказания медицинской помощи по данным персонифицированного учета, сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к МО на основании заявки (с обоснованием) МО в адрес Комиссии.

В случае положительного решения об увеличении плана-задания Комиссия рассматривает вопрос об увеличении плана-задания в пределах объемных показателей, установленных в территориальной программе ОМС для данного условия оказания медицинской помощи, и в пределах утвержденных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, предусмотренных в бюджете ТФОМС города Севастополя.

Все случаи превышения объемов оказания медицинской помощи подлежат 100% тематической экспертизе.

5.3. Порядок внесения дополнений и изменений в тарифы.

5.3.1. Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех договаривающихся сторон.

Тарифы могут быть пересмотрены полностью или в определенной части по инициативе одной из сторон. Инициатор внесения изменений или дополнений в Тарифное соглашение направляет мотивированное предложение иным сторонам.

Рассмотрение мотивированных предложений осуществляется Комиссией. Изменения и дополнения в Тарифное соглашение оформляются дополнительным соглашением.

Изменения в Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2019 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

5.3.2. Тарифы на оплату медицинскую помощь (медицинские услуги) подлежат индексации при наличии соответствующих средств в бюджете ТФОМС в случае принятия соответствующих законодательных актов федерального и/или регионального уровня и в соответствии с размером индексации, утвержденным решением Комиссии.

5.4. В случае возникновения споров между сторонами по настоящему Тарифному соглашению стороны принимают все меры по их разрешению путем переговоров.

Все неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения Тарифного соглашения разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.5. Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2019 года и действует по 31.12.2019 года.

5.6. Настоящее Тарифное соглашение составлено и подписано в 7-ми экземплярах, по одному экземпляру для каждой стороны.

Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.


Директор Департамента
здравоохранения города Севастополя


С.Ю. Шеховцов
« 19 » декабрь 2018 года

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования города Севастополя


Т.Ю. Гроздова
« 19 » декабрь 2018 года

Заместитель директора Департамента
здравоохранения города Севастополя


М.В.Малишевский
« 19 » декабрь 2018 года

Директор Севастопольского филиала
«Крымской страховой медицинской
компании» ООО «Арсенал
медицинское страхование»


Е.А. Колтунова
« 19 » декабрь 2018 года

Президент Региональной
общественной организации
«Ассоциация врачей Севастополя»


В.В. Кузнецов
« 19 » декабрь 2018 года

Директор Севастопольского филиала
ООО «Страховая медицинская
компания «Крыммедстрах»


Л.С. Галянская
« 19 » декабрь 2018 года

Председатель Севастопольской
территориальной организации
профсоюзов работников
здравоохранения Российской
Федерации


И.Д. Кравченко
« 19 » декабрь 2018 года

Председатель профсоюзного комитета
ГБУЗС «Городская больница № 3 им.
Даши Севастопольской»


И.А. Политова
« 19 » декабрь 2018 года

Член Региональной общественной
организации «Ассоциация врачей
Севастополя»


О.А. Стоянова
« 19 » декабрь 2018 года