

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе
обязательного медицинского страхования на территории
Приморского края на 2017 год

г. Владивосток

«18» января 2017 года

1. Общие положения

Территориальное тарифное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон 326-ФЗ);
- Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России 28 февраля 2011 года № 158н;
- приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 года № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 года № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее – Программа государственных гарантий);
- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 декабря 2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;
- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 18 ноября 2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее -

методические рекомендации Минздрава России и ФФОМС), направленными совместным письмом от 22 декабря 2016 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-8/10/2-8266 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 12578/26-и, с учетом Инструкции по группировке случаев, в том числе правил учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (далее - Инструкция);

- Методическими указаниями по предоставлению информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения членами комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, направленными письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 ноября 2015 года № 7343/30-5/и;

- приказом ФФОМС от 01 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

- Постановлением администрации Приморского края от 30 декабря 2016 года № 627-па «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Приморском крае на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее – территориальная Программа государственных гарантий Приморского края, Территориальная программа ОМС);

- Постановлением Администрации Приморского края от 19 февраля 2014 года № 49-па «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Приморского края» (в ред. от 12 февраля 2015 года № 39-па) (далее – Комиссия).

Представители сторон, включенные в состав Комиссии

департамент здравоохранения Приморского края в лице директора
КУЗЬМИНА АНДРЕЯ ВАЛЕРЬЕВИЧА,

государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Приморского края» в лице директора
АГАФОНОВОЙ ЕЛЕНЫ ГЕННАДЬЕВНЫ,

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

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

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

Предметом настоящего Соглашения являются:

- сведения о применении способов оплаты медицинской помощи,
установленных территориальной программой государственных гарантий
Приморского края;

- размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи;

- размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской
помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание,
несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего
качества;

- порядок изменения Соглашения, срок его действия;

- порядок индексации тарифов на оплату медицинской помощи;

- аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников
системы обязательного медицинского страхования.

В настоящем Соглашении используются следующие термины и определения:

- **койко-день** – сутки, проведенные больным в стационарных условиях;
- **посещение врача** – контакт пациента с врачом по любому поводу, связанному с оказанием медицинской помощи, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг с последующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановки диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом) и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Посещения в течение дня больным одного и того же врача учитываются как одно посещение;
- **посещения, связанные с первичным доврачебным амбулаторным приемом** - самостоятельный прием специалистами со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием. Посещения в течение дня больного к одному и тому же специалисту учитываются как одно посещение;
- **обращение по поводу заболевания** - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания;
- **показатели результативности деятельности медицинской организации** - набор показателей, отражающих деятельность поликлиники или поликлинического подразделения медицинской организации и критерии их оценки за расчетный период;
- **тариф на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию** – стоимостная характеристика единицы объема

медицинской помощи (посещение, обращение, законченный случай лечения заболевания, законченный случай при оплате диспансеризации, вызов скорой медицинской помощи, комплексный медицинский осмотр в Центре здоровья), медицинской услуги, определяющая уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по выполнению Территориальной программы ОМС;

- **плановые объемы медицинской помощи или государственное задание** - объемы предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения, установленные на год медицинским организациям решением Комиссии, осуществляющей свою деятельность на основании постановления Администрации Приморского края;

- **скорая медицинская помощь (СМП)** – медицинская помощь, оказанная станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации, вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

- **диспансеризация** – комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения, в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- **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);

- **медицинская услуга** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

- **медицинский осмотр** - комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития;

- **подушевой норматив финансирования** - размер средств на одного застрахованного, прикрепленного для амбулаторного обслуживания, либо обслуживаемого станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации;

- **медицинская эвакуация** - транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий);

- **неотложная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента;

- **случай госпитализации** - случай лечения заболевания 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 государственных гарантий Приморского края;

- **оплата медицинской помощи по КСГ** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноёмкости 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 Приморского края, с учетом других параметров;

- **коэффициент относительной затратноёмкости** – коэффициент затратноёмкости клинико-статистической группы заболеваний, отражающий отношение ее затратноёмкости к базовой ставке;

- **поправочные коэффициенты** – управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациента;

- **управленческий коэффициент** – коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

- **коэффициент уровня оказания медицинской помощи** – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

- **коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

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

- **подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний** – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп;

- **коэффициент дифференциации** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

- **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.

2. Способы оплаты медицинской помощи

В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ оплата медицинской помощи осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах государственного задания, установленного для каждой медицинской организации решением Комиссии на год с ежемесячной и поквартальной разбивкой, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, по тарифам утвержденным настоящим Соглашением.

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

В случае предъявления к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии, оплата медицинской помощи производится с учетом положений части 1 статьи 41 Федерального закона № 326-ФЗ, пункта 5.3.2. Раздела 5 Приложения № 8 к приказу ФФОМС от 01 декабря 2010 года № 230, Договора.

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

Порядок ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным, осуществляется в системе обязательного медицинского страхования Приморского края в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ, приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», приказом государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования» (далее - ГУ ТФОМС ПК) от 19.03.2015 № 84-П «Об утверждении Правил формирования файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи в поликлинике и стационаре в формате XML».

Персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, ведется в ГУ ТФОМС ПК в электронном виде на основании файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи (далее – информационные файлы), поступающих ежемесячно от медицинских организаций, и включает в себя сбор, обработку, передачу и хранение полученных сведений.

Объемы медицинских услуг, не включенные в информационные файлы или возвращенные с протоколом ошибок для уточнения информации, выполненные за предыдущий месяц, направляются в ГУ ТФОМС ПК не позднее первого месяца, следующего за отчетным, при этом расчёты стоимости объемов необходимо производить с учетом представленных дополнительных объемов, по тарифам, действующим в месяце сдачи

информационных файлов, учитывая подведение итогов по показателям результативности деятельности медицинской организации.

Стоимость объемов оказанной медицинской помощи, представленных к оплате в отчетном периоде, в разрезе СМО, оформляется в соответствии с Приложением № 1 к Соглашению и является предварительной, так как не учитывает результаты проведения СМО контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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

2.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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);

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приведен в Приложении № 2 настоящего Соглашения.

2.1.1. Оплата 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)

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

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

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

- вспомогательных лечебно-диагностических подразделений (за исключением отдельных медицинских услуг, оплачиваемых за единицу объема).

В базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи включена оплата:

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

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

- посещений к среднему медицинскому персоналу в кабинетах доврачебного приема.

В базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц **не включаются** и оплачиваются за единицу объема (посещение, обращение, медицинская услуга) отдельные виды расходов:

- медицинская помощь, оказанная специалистами, финансирование которой не осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

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

- медицинская помощь, оказываемая при болезнях полости рта, слюнных желез и челюстей (далее - стоматологическая помощь);

- медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- диспансеризация определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ (далее – МЗ РФ)

от 03 февраля 2015 года № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в соответствии с приказом МЗ РФ от 15 февраля 2013 года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с приказом МЗ РФ 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»;

- профилактические, предварительные и периодические медицинские осмотры несовершеннолетних в соответствии с приказом МЗ РФ от 21 декабря 2012 года № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»;

- профилактические медицинские осмотры взрослого населения в соответствии с приказом МЗ РФ от 6 декабря 2012 года № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра»;

- медицинская помощь, оказанная в Центрах здоровья;

- услуги, оказанные в женских консультациях МО и кабинетах акушеров-гинекологов;

- отдельные медицинские услуги.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив (ДП_и) для однородных групп медицинских организаций:

$$\text{ДП}_{и} = \text{ПН}_{\text{баз}} * \text{СКД}_{(\text{инт})}^i, \text{ где:}$$

ПН_{баз} – базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;

СКД^{*i*}_(инт) – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для *i*-той группы медицинских организаций.

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива (КД_(инт)) для медицинской организации рассчитывается по формуле:

$$\text{КД}_{(\text{инт})} = \text{КД}_{\text{ПВ}} * \text{КД}_{\text{СП}} * \text{КД}_{\text{ЗП}} * \text{КД}_{\text{СУБ}}, \text{ где:}$$

- КД_{ПВ} - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитывается для соответствующей медицинской организации один раз в год, исходя из численности прикрепленного населения по состоянию на 01 января 2017 года;

- КД_{СП} - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений.

Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов,

врачебных амбулаторий, фельдшерских пунктов, дошкольно-школьных отделений и иных подразделений, где оказывается амбулаторно-поликлиническая помощь, находящиеся вне места основного нахождения медицинской организации, а также помещений медицинских организаций площадью более 1500 м²) учитывает их количество при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

КД_{СП} может корректироваться в случае изменения количества отдельных структурных подразделений.

- КД_{ЗП} - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

- КД_{СУБ} – районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или расчетный уровень индекса бюджетных расходов, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация.

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

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования (ФДП_{нi}) медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается по формуле:

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

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

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

ФДПні - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, (Приложение № 3 к Соглашению);

Ч – численность застрахованного населения, прикрепленного к медицинской организации для амбулаторного обслуживания, по состоянию на 1 число первого месяца отчетного квартала.

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

Основная часть суммы средств подушевого финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в месяц составляет 60% от объема средств финансирования МО по подушевому нормативу.

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

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

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций производится ежемесячно в два этапа в соответствии с «Порядком осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности деятельности» (Приложение № 4 к Соглашению).

Показатели результативности деятельности медицинской организации утверждаются Комиссией ежемесячно (Приложение № 5 к Соглашению).

Взаиморасчеты между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляются по тарифам для взаиморасчетов (Приложение № 6 к Соглашению) в соответствии с «Порядком проведения страховыми медицинскими организациями межучрежденческих взаиморасчетов» (Приложение № 7) к Соглашению и оформляются в соответствии с Приложением № 8 к Соглашению.

По результатам оценки деятельности поликлиники и взаиморасчетов между медицинскими организациями рассчитывается общий объем средств финансирования по подушевому нормативу для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за отчетный период по следующей формуле:

$$C\Phi_{i_общ} = \Phi ДП_i * Ч_i * 0,6 + C_{i_стимул_обр} + C_{i_стимул_поощ} + C_{i(об)} + C_{i(вз_in)} - C_{i(вз_out)},$$

где:

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

$C_{вз_out}$ - стоимость медицинской помощи, оказанной застрахованному населению, прикрепленному к i -той медицинской организации

для амбулаторного обслуживания, в иных медицинских организациях, финансирование которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

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

В случае отсутствия в медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Приморского края, возможности проведения медицинских услуг, необходимых для выполнения порядков и стандартов медицинской помощи, медицинская организация обязана заключить договор на их оказание с иной медицинской организацией, по тарифам (ценам), не превышающим установленные Приложением № 9 к Соглашению.

2.1.2. Оплата за единицу объема (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение)

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

Тарифы за единицу объема (за посещение, за обращение) включают в себя врачебный осмотр, врачебные и сестринские манипуляции, услуги процедурного, перевязочного кабинетов и вспомогательных лечебно-диагностических подразделений (кабинетов).

Оплата за единицу объема осуществляется:

- по специальностям амбулаторного приема и за услуги, оказанные в женских консультациях МО и в кабинетах акушеров-гинекологов - по тарифам за посещение, обращение (Приложение № 10 к Соглашению);

- за отдельную медицинскую услугу (Приложение № 11 к Соглашению);

- за стоматологическую помощь (в том числе оказанную в неотложной форме) - по тарифам за медицинские услуги (Приложение № 12), выраженные в условных единицах трудозатрат (УЕТ) в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи (Приложение № 13 к Соглашению);

- по медицинским услугам, оказанным в Центрах здоровья - за посещение (Приложение № 14 к Соглашению).

Тарифы за посещение, обращение, УЕТ (за исключением отдельных медицинских услуг) дифференцированы по районному коэффициенту к заработной плате и процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, установленные законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР (Приложение № 15 к Соглашению), и по уровням оказания медицинской помощи в соответствии с Приложением № 2 к Соглашению.

Оплата разовых посещений по поводу заболевания (с кратностью менее двух посещений по поводу одного заболевания), посещений с профилактическими целями и посещений с иными целями (в связи с другими обстоятельствами: получением справки, других медицинских документов) осуществляется по тарифу за посещение к врачу определенной специальности.

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

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

- обращение к акушеру – гинекологу в связи с заболеванием;
- обращение к акушеру – гинекологу с целью наблюдения беременности (за единицу объема принимается наблюдение в течение месяца с момента первого посещения, включая все посещения, но не менее двух посещений);
- посещение акушера – гинеколога с профилактическими или иными целями, в том числе патронаж беременных врачом акушером-гинекологом.

Медицинские организации оплату проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, в том числе в части проведения УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования, осуществляют на основании заключенных между МО договоров.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной с применением передвижных форм предоставления медицинских услуг, производится в пределах объемов медицинской помощи по Территориальной программе ОМС, установленных решением Комиссии в разрезе профилей, условий предоставления медицинской помощи и страховых медицинских организаций, с учётом результатов проведения контроля объемов, сроков, качества предоставления медицинской помощи:

- в рамках взаиморасчетов по медицинской помощи, оказываемой специалистами, ведущими амбулаторный прием, финансирование которой производится по подушевому нормативу (Приложение № 6/5, 6/7 к Соглашению);

- по тарифам на оплату единицы объема (посещения, обращения) по специалистам амбулаторного приема, не включенным в подушевой норматив, и утвержденным для соответствующей медицинской организации (Приложение № 10 к Соглашению).

Оплата посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, нормативными актами министерств и ведомств Российской Федерации по утвержденным тарифам за медицинские услуги (Приложение № 16 к Соглашению).

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

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

Оплата отдельных медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, производится по тарифам на оплату единицы объема (Приложение № 11 к Соглашению).

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан

полис обязательного медицинского страхования производится за посещение, обращение по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением.

2.1.3. Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения.

В соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом МЗ РФ от 03 февраля 2015 года № 36н, диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза (состояния) на втором этапе диспансеризации.

Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в рамках территориальной Программа государственных гарантий Приморского края (далее - территориальная программа) в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, 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, выполнялось в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, то первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как

завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

Единицей оплаты первого этапа диспансеризации является завершенный случай (Приложение № 17/1 к Соглашению).

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования.

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.

Оплата второго этапа диспансеризации производится по утвержденным тарифам за фактически выполненные медицинские услуги (Приложение № 17/2, 17/3 к Соглашению).

2.1.4. Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью

В соответствии с Порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и Порядком диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, утвержденными приказами 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» и 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 проводится ежегодно в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Диспансеризация является завершенной в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем осмотров и исследований, при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень осмотров и исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций, диспансеризация является завершенной в случае проведения дополнительных

консультаций, исследований и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

Единицей оплаты диспансеризации является законченный случай (Приложение № 18 к Соглашению).

2.1.5. Оплата профилактического медицинского осмотра взрослого населения

В соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра, утвержденным приказом МЗ РФ от 06 декабря 2012 года № 1011н, профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

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

Оплата профилактических медицинских осмотров взрослого населения производится по утвержденным тарифам за фактически выполненные медицинские услуги в рамках законченного случая (Приложение № 19 к Соглашению).

2.1.6. Оплата профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних

В соответствии с Порядком прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные

учреждения и в период обучения в них, утвержденным приказом МЗ РФ от 21 декабря 2012 года № 1346н, профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработке рекомендаций для несовершеннолетних.

Единицей оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних является законченный случай (Приложение № 20/1 к Соглашению).

В тариф законченного случая профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних не включены следующие исследования: ультразвуковое исследование тазобедренных суставов, ультразвуковое исследование матки и придатков, ультразвуковое исследование мошонки (яички, придатки), ультразвуковое исследование щитовидной железы, ультразвуковое исследование комплексное органов брюшной полости, исследование уровня глюкозы в крови, общий (клинический) анализ крови, анализ мочи общий, анализ кала на яйца глистов, оплачиваемые по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, и исследования уровня гормонов в крови (пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, эстрадиол, прогестерон, тиреотропный гормон, трийодтиронин, тироксин, соматотропный гормон, кортизол, тестостерон) оплата которых производится по тарифам за фактически выполненные объемы.

2.1.7. Оплата предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних

В соответствии с Порядком прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные

учреждения и в период обучения в них, утвержденного приказом МЗ РФ от 21 декабря 2012 года № 1346н, предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся при поступлении в образовательные учреждения в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению.

Единицей оплаты предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних является законченный случай (Приложение № 20/2 к Соглашению).

В тариф законченного случая предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних не включены следующие исследования: ультразвуковое исследование тазобедренных суставов, ультразвуковое исследование матки и придатков, ультразвуковое исследование мошонки (яички, придатки), ультразвуковое исследование щитовидной железы, ультразвуковое исследование комплексное органов брюшной полости, исследование уровня глюкозы в крови, общий (клинический) анализ крови, анализ мочи общий, анализ кала на яйца глистов, оплачиваемые по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

2.1.8. Оплата периодических медицинских осмотров несовершеннолетних

В соответствии с Порядком прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденным приказом МЗ РФ от 21 декабря 2012 года № 1346н, периодические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием учащихся, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов

учебного процесса на состояние их здоровья и выявление медицинских противопоказаний к продолжению учебы.

Единицей оплаты периодических медицинских осмотров несовершеннолетних является законченный случай (Приложение № 20/3 к Соглашению).

2.2. Способ оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

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

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

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

2.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в Приложении № 2 настоящего Соглашения. Распределение медицинских организаций по уровням произведено на основании приказа департамента здравоохранения Приморского края.

Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется по утвержденным тарифам за законченный случай лечения

заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), рассчитанным в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России и ФФОМС, в пределах стоимости согласованных объемов, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, утвержденному в Приложении (раздел 1) к Программе государственных гарантий;

- процедур диализа, включающих различные методы (оплата осуществляется за услугу).

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной Программы государственных гарантий Приморского края, исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);
- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

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

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

- размер средней стоимости законченного случая лечения включенного в КСГ (базовая ставка);
- коэффициент относительной затратоемкости по КСГ (в том числе подгруппы КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации (Приложение № 21);
- коэффициент дифференциации;
- поправочные коэффициенты:
 - управленческий коэффициент;
 - коэффициент уровня (поуровня) оказания медицинской помощи;
 - коэффициент сложности лечения пациента.

Использование подгрупп КСГ с дополнительным классификационным критерием «применение различных лекарственных препаратов (групп лекарственных препаратов) или расходных материалов с разной стоимостью» возможно только при условии их персонифицированного учета.

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

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

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

КЗкcg - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

ПК - поправочный коэффициент;

КД - коэффициент дифференциации.

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

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, за исключением

средств, предназначенных на оплату ВМП, на осуществление межтерриториальных расчетов за стационарную медицинскую помощь, оказанную застрахованным в других субъектах, на формирование нормативного страхового запаса (НСЗ) территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным;

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ, в соответствии с нормативами территориальной Программы государственных гарантий Приморского края;

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ.

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

Тарифы подлежат обязательной корректировке в случае изменения базовой ставки финансирования стационарной помощи.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ (ПК(КСГ)) рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ПК(КСГ)} = \text{КУ}_{\text{КСГ}} * \text{КУСмо} * \text{КСЛП}, \text{ где:}$$

$\text{КУ}_{\text{КСГ}}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ для всех уровней оказания медицинской помощи;

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в МО, в котором был пролечен пациент.

Коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с

учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента.

Коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается в следующих случаях:

- сложность лечения пациента, связанная с возрастом, а также необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4);

- сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет);

- проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (Приложение № 22);

- наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента;

- проведение сочетанных хирургических вмешательств (Приложение № 23/1), однотипных операций на парных органах (Приложение № 23/2);

- сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями;

- необходимость лечения в ОРИТ (применения искусственной вентиляции легких, (код услуги –А16.09.011), в течении не менее 3х суток в период лечения пациента в отделении (палате) анестезиологии и реанимации (код услуги – В03.003.005 «Суточное наблюдение реанимационного пациента»).

К тяжелой сопутствующей патологии относятся:

- Сахарный диабет 1 и 2 типа;
- Наличие заболеваний, включая редкие (орфанные) заболевания, требующих систематического дорогостоящего лекарственного лечения:
 - Гемофилия (D66; D67; D68.0);
 - Муковисцидоз (E84);
 - Гипофизарный нанизм (E23.0);
 - Рассеянный склероз (G35);
 - Болезнь Гоше (E75.5);
 - Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C92.1; C88.0; C90.0; C82; C83.0; C83.1; C83.3; C83.4; C83.8; C83.9; C84.5; C85; C91.1);
 - Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);
 - Гемолитико-уремический синдром (D59.3);
 - Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) (D59.5);
 - Апластическая анемия неуточненная (D61.9);
 - Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра) (D68.2);
 - Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) (D69.3);
 - Дефект в системе комплемента (D84.1);
 - Преждевременная половая зрелость центрального происхождения (E22.8);
 - Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии) (E70.0, E70.1);
 - Тирозинемия (E70.2);
 - Болезнь "кленового сиропа" (E71.0);

- Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия) (E71.1);
- Нарушения обмена жирных кислот (E71.3);
- Гомоцистинурия (E72.1);
- Глютарикацидурия (E72.3);
- Галактоземия (E74.2);
- Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика (E75.2);
- Мукополисахаридоз, тип I (E76.0);
- Мукополисахаридоз, тип II (E76.1);
- Мукополисахаридоз, тип VI (E76.2);
- Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия (E80.2);
- Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) (E83.0);
- Незавершенный остеогенез (Q78.0);
- Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) (I27.0);
- Юношеский артрит с системным началом (M08.2);
- Детский церебральный паралич (G80).

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

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

При этом в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России, ФФОМС и Инструкцией 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.

2.2.1.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся: случаи перевода пациента из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации, либо между медицинскими организациями, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальный исход, а также проведение диагностических исследований.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. Оплата прерванных случаев осуществляется: для групп, у которых основным классификационным критерием является диагноз, с коэффициентом 0,5, остальных - с коэффициентом 0,8. Исключения из данного порядка установлены для КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения (Приложение № 24 к Соглашению). Данный порядок не применяется при оплате ВМП.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в случае если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс международной статистической классификации болезней десятого пересмотра (далее – МКБ-10), и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного

заболевания, такие случаи лечения заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КСГ.

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

При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации, если заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения с наибольшим коэффициентом. При этом длительность случая лечения оценивается суммарно по пребыванию в нескольких отделениях. Исключение составляет класс XV – беременность, роды и послеродовый период (коды МКБ X O00 – O99), в случае пребывания в отделении патологии беременности в течении 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Летальные случаи (за исключением случаев досуточной летальности) оплачиваются по тарифу за случай лечения, независимо от длительности лечения. Летальные случаи длительностью до суток оплачиваются для КСГ, основным классификационным критерием которых является диагноз - с коэффициентом 0,5, для остальных КСГ – с коэффициентом 0,8.

2.2.1.2. Оплата случаев сверхдлительного пребывания

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме КСГ, перечисленных в Приложении № 25, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней.

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, на питание больного, по формуле:

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

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

ФКД - фактическое количество койко-дней;

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

2.2.1.3. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного стационара. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по «Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)». При оценке по шкале Рэнкин 3-4-5 пациент получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

2.2.1.4. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

Оплата медицинской помощи при оказании услуг диализа, включающего различные методы, осуществляется за услугу и оплачивается с учетом количества фактически выполненных услуг дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения (Приложении № 26 к Соглашению). К законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения пациент должен

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

В случае если госпитализация пациента по основному заболеванию и диализ проводятся в 2-х разных медицинских организациях, оплата производится по КСГ основного заболевания для медицинской организации, в которую госпитализирован пациент, и дополнительно за оказанные услуги для медицинской организации, в которой проводится диализ.

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

Расходы приемного отделения на оказание медицинской помощи, в том числе на медикаменты госпитализированным пациентам учтены в стоимости случая госпитализации. Медицинская помощь, оказанная в приемном отделении пациентам, не требующим госпитализации, оплачивается по тарифам за посещение (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях), (Приложение № 16 к Соглашению) и является медицинской помощью, оказанной в неотложной форме.

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

Взаиморасчеты между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляются по тарифам для взаиморасчетов (Приложение № 6/6 к Соглашению) в соответствии с «Порядком взаиморасчетов между медицинскими организациями» (Приложение № 7 к Соглашению) и оформляется в соответствии с Приложением № 8 к Соглашению.

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

Расчет стоимости случая лечения заболевания производится на основании нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи включенных в базовую программу ОМС, утвержденному в Приложении (раздел 1) к Программе государственных гарантий, скорректированных на величину коэффициента дифференциации, согласно письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2016 №11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением (Приложение № 27 к Соглашению).

2.3. Способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в Приложении № 2 настоящего Соглашения. Распределение медицинских организаций по уровням произведено на основании приказа департамента здравоохранения Приморского края.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется по утвержденным тарифам за случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, рассчитанным в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России и ФФОМС, и Инструкцией в пределах стоимости согласованных объемов, за исключением:

- процедур диализа, включающих различные методы (оплата осуществляется за услугу).

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);
- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской

помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

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

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

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

- коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (Приложение № 28 к Соглашению);

- коэффициент дифференциации;

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

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

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

КЗкcg - коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КД - коэффициент дифференциации.

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

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, за исключением средств, предназначенных на осуществление межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара застрахованным в других субъектах, на формирование нормативного страхового запаса (НСЗ) территориального фонда ОМС в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату

медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным;

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ, в соответствии с нормативами территориальной Программы государственных гарантий Приморского края;

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ.

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

Тарифы подлежат обязательной корректировке в случае изменения базовой ставки финансирования дневного стационара.

2.3.1.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся: случаи перевода пациента из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации, либо между медицинскими организациями, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальный исход, а также проведение диагностических исследований.

Прерванным также считается случай лечения до 3 дней включительно. Оплата прерванных случаев осуществляется: для групп, у которых основным классификационным критерием является диагноз, с коэффициентом 0,5, остальных - с коэффициентом 0,8.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в случае если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10, и не являющегося

следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, такие случаи лечения заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КСГ.

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

При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации, если заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения с наибольшим коэффициентом. При этом длительность случая лечения оценивается суммарно по пребыванию в нескольких отделениях. Исключение составляет класс XV – беременность, роды и послеродовый период (коды МКБ X O00 – O99), в случае пребывания в отделении патологии беременности в течении 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Летальные случаи (за исключением случаев досуточной летальности) оплачиваются по тарифу за случай лечения независимо от длительности лечения. Летальные случаи длительностью до суток оплачиваются для КСГ, основным классификационным критерием которых является диагноз - с коэффициентом 0,5, для остальных КСГ – с коэффициентом 0,8.

2.3.1.2. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях дневного стационара. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по «Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)».

При оценке по шкале Рэнкин 3 и менее пациент получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара.

2.3.1.3. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

Оплата медицинской помощи при проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Учитывая единственный способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, приведен в Приложении № 2 настоящего Соглашения. Распределение медицинских организаций по уровням произведено на основании приказа департамента здравоохранения Приморского края.

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Оплата зависит от размера подушевого норматива, включающего статьи затрат в соответствии со структурой тарифа, установленной Соглашением, численности застрахованного населения, обслуживаемого станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации.

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

Объем средств финансирования по подушевому нормативу для каждой медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, рассчитывается с учетом средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации, включающего: половозрастной коэффициент дифференциации, коэффициент дифференциации среднего радиуса территории обслуживания, коэффициент дифференциации, учитывающий выплаты работникам медицинской организации за работу в местностях, приравненных к районам Крайнего Севера, коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников и структуры показателей государственного задания по оказанию скорой медицинской помощи и рассчитывается по формуле:

$$СФП_i = ФДП_i * ЧЗ_i, \text{ где:}$$

СФПі - объем средств финансирования скорой медицинской помощи по подушевому нормативу;

ФДПні – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо (Приложение № 29 к Соглашению);

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

2.4.1.1. Определение фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

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

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

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

$$ДПні = ПНбаз * КДі(инт), \text{ где}$$

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

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

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

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

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

КДср - коэффициент дифференциации среднего радиуса территории обслуживания;

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

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

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

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

$$\Phi ДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}.$$

В случае проведения тромболитической терапии оплата медицинской помощи производится по тарифу за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (Приложение № 30).

Вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе включает комплекс диагностических и лечебных манипуляций, проводимых бригадой скорой медицинской помощи с использованием лекарственных средств, включенных в утвержденную совместным приказом ДЗПК и ГУ ТФОМС ПК от 29 апреля 2013 года № 413-о/164-П/1 модель «Тромболитическая терапия в условиях скорой медицинской помощи».

При оказании скорой медицинской помощи, в случае необходимости, осуществляется медицинская эвакуация (Приложение № 31). Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

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

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

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

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

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

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

3. Структура и размер тарифов на оплату медицинской помощи

Структура и размер тарифов на оплату медицинской помощи определяются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

3.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

В расчет тарифов на оплату медицинской помощи включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее

предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги):

расходы на заработную плату, включая денежные выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации; врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях (в том числе повышение заработной платы отдельных категорий медицинских работников, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» - выполнение целевых значений соотношения заработной платы отдельных категорий медицинских работников к средней заработной плате по экономике), 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 организациях (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.

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

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

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

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи

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

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации

территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 4 493,62 рублей.

- Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 244,49 рублей на одно прикрепившееся лицо.

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

моложе трудоспособного возраста						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
до года		1-4 года		5-17 лет		18-59 лет	18-54 года	60 лет и старше	55 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
4,506123	4,395319	2,276336	2,209368	1,509569	1,486358	0,448162	0,591132	1,264781	1,520609

– Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц (Приложение № 3);

– Тарифы для осуществления взаиморасчетов (Приложение № 6):

– Тарифы за единицу объема (посещение, обращение) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу для осуществления взаиморасчетов (Приложение № 6/1);

– Тарифы за единицу объема (медицинскую услугу) для осуществления взаиморасчетов (Приложение № 6/2);

– Тарифы за единицу объема (медицинскую услугу, входящую в минимальный перечень лабораторных и инструментальных исследований, обязательных для выполнения поликлиниками-прикрепления при направлении

на консультацию в соответствии с маршрутизацией пациентов) для осуществления взаиморасчетов (Приложение № 6/3);

– Тарифы за единицу объема (медицинские услуги, проведенные в рамках социального проекта Автопоезд "Забота" при приеме детей) для осуществления взаиморасчетов (Приложение № 6/4);

– Тарифы за единицу объема (медицинские услуги, проведенные в рамках социального проекта Автопоезд "Забота" при приеме взрослых) для осуществления взаиморасчетов (Приложение № 6/5).

– Тарифы медицинских услуг для взаиморасчетов между медицинскими организациями (Приложение № 9);

– Тарифы на оплату единицы объема (посещения, обращения) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых не осуществляется по подушевому нормативу (Приложение № 10);

– Тарифы на оплату единицы объема (отдельные медицинские услуги) (Приложение № 11);

– Тарифы на оплату единицы объема (стоматологическая УЕТа) (Приложение № 12);

– Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в центрах здоровья медицинских организаций (Приложение № 14);

– Коэффициент дифференциации для медицинских организаций, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также в местностях с особыми климатическими условиями (Приложение № 15);

– Тарифы на оплату посещений при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах в амбулаторных условиях (Приложение № 16);

– Тарифы на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение № 17):

- Тарифы на оплату I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение № 17/1);
- Тарифы на оплату II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения (женщины) (Приложение № 17/2);
- Тарифы на оплату II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения (мужчины) (Приложение № 17/3);
- Тарифы на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приложение № 18);
- Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров взрослого населения (Приложение № 19);
- Тарифы на оплату профилактических, предварительных, периодических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 20);
- Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 20/1);
- Тарифы на оплату предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 20/2);
- Тарифы на оплату периодических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 20/3);
- Тарифы для взаиморасчетов между медицинскими организациями при проведении профилактических, предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 20/4).

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

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 5 711,85 рубля.

– Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), в стационарных условиях составляет 18 816,49 руб.;

– Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости, управленческие коэффициенты по группам и стоимость случая в условиях круглосуточного стационара (Приложение № 21);

– Коэффициенты уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи устанавливаются в размере:

Уровень (подуровень) медицинской организации в соответствии с Приложением № 2 к Соглашению	Коэффициент уровня (подуровня)
Первый (среднее значение)	0,95
1.1	0,70
1.2	1,02
1.3	1,10
Второй (среднее значение)	1,1
2.1	0,90
2.2	1,00
2.3	1,05
2.4	1,20
2.5	1,30
Третий (среднее значение)	1,3
3.1	1,15
3.2	1,25
3.3	1,30
3.4	1,40
3.5	1,50

– Коэффициенты сложности лечения пациента:

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	КСЛП
1.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом, а также необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4)	1,28
2.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)	1,27
3.	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний в соответствии с п. 2.2.1. Соглашения)	1,63
4.	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (Приложение № 22)	1,68
5.	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (Приложение № 23)	1,60
6.	Проведение однотипных операций на парных органах (Приложение № 23)	1,54
7.	Необходимость лечения в ОРИТ	1,80
8.	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета КСЛП в соответствии с п. 2.2.1.2 Соглашения)	В соответствии с расчетным значением

- Тарифы на оплату процедур диализа (Приложение № 26);
- Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (Приложение № 27);

– Тарифы медицинских услуг для взаиморасчетов между медицинскими организациями (Приложение № 9);

– Коэффициент дифференциации для медицинских организаций, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также в местностях с особыми климатическими условиями (Приложение № 15);

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

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 992,20 рубля.

– Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), в условиях дневного стационара составляет 9 638,12 руб.;

– Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний, коэффициенты относительной затратно-емкости, и стоимость случая в условиях дневного стационара (Приложение № 28);

– Тарифы на оплату процедур диализа (Приложение № 26);

– Тарифы медицинских услуг для взаиморасчетов между медицинскими организациями (Приложение № 9);

– Коэффициент дифференциации для медицинских организаций, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также в местностях с особыми климатическими условиями (Приложение № 15).

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

- Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 755,51 рублей;

- Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо составляет 736,53 рублей в год.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

моложе трудоспособного возраста						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
до года		1-4 года		5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
3,126978	2,784866	1,965287	1,732215	0,598602	0,600345	0,560572	0,677476	1,653546	1,967645

– Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо (Приложение № 29);

– Тариф за вызов с проведением тромболитической терапии (Приложение № 30);

– Тарифы за вызов скорой медицинской помощи «Медицинская эвакуация (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), осуществляемой выездными бригадами

скорой медицинской помощи», в том числе для взаиморасчетов (Приложение № 31);

– Тариф на медицинские услуги, оказываемые станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи (для взаиморасчетов) (Приложение № 32).

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

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

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества установлен Приложением № 33 настоящего Соглашения.

5. Заключительные положения.

Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

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

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

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

Изменения и дополнения оформляются в виде Дополнительных соглашений.

Настоящее Соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2017 года по 31 декабря 2017 года.

**Неотъемлемой частью настоящего Соглашения являются следующие
Приложения:**

Приложение № 1 - Стоимость объемов оказанной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Приморского края, в разрезе СМО;

Приложение № 2 - Перечень медицинских организаций в разрезе условий оказания медицинской помощи;

Приложение № 3 - Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц;

Приложение № 4 - Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц и оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности деятельности;

Приложение № 5 - Показатели результативности деятельности медицинской;

Приложение № 6 - Тарифы для осуществления взаиморасчетов:

Приложение № 6/1 - Тарифы за единицу объема (посещение, обращение) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу для осуществления взаиморасчетов;

Приложение № 6/2 - Тарифы за единицу объема (медицинскую услугу) для осуществления взаиморасчетов;

Приложение № 6/3 - Тарифы за единицу объема (медицинскую услугу, входящую в минимальный перечень лабораторных и инструментальных исследований, обязательных для выполнения поликлиниками-прикрепления при направлении на консультацию в соответствии с маршрутизацией пациентов) для осуществления взаиморасчетов;

Приложение № 6/4 - Тарифы за единицу объема (медицинские услуги, проведенные в рамках социального проекта Автопоезд "Забота" при приеме детей) для осуществления взаиморасчетов;

Приложение № 6/5 - Тарифы за единицу объема (медицинские услуги, проведенные в рамках социального проекта Автопоезд "Забота" при приеме взрослых) для осуществления взаиморасчетов;

Приложение № 6/6 - Тарифы за единицу объема (бактериологические исследования, выполняемые в ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница № 2» для детских поликлиник и родовспомогательных учреждений на территории Владивостокского городского округа) для осуществления взаиморасчетов;

Приложение № 7 - Порядок проведения страховыми медицинскими организациями межучрежденческих взаиморасчетов;

Приложение № 8 - Взаиморасчеты между медицинскими организациями, работающими в условиях подушевого финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций;

Приложение № 9 - Тарифы медицинских услуг для взаиморасчетов между медицинскими организациями;

Приложение № 10 - Тарифы на оплату единицы объема (посещения, обращения) по специальностям амбулаторного приема, финансовое обеспечение которых не осуществляется по подушевому нормативу;

Приложение № 11 - Тарифы на оплату единицы объема (отдельные медицинские услуги);

Приложение № 12 - Тарифы на оплату единицы объема (стоматологическая УЕТа);

Приложение № 13 - Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи;

Приложение № 14 - Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в центрах здоровья медицинских организаций;

Приложение № 15 - Коэффициент дифференциации для медицинских организаций, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также в местностях с особыми климатическими условиями;

Приложение № 16 - Тарифы на оплату посещений при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах в амбулаторных условиях;

Приложение № 17 - Тарифы на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения:

Приложение № 17/1 - Тарифы на оплату I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Приложение № 17/2 - Тарифы на оплату II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения (женщины);

Приложение № 17/3 - Тарифы на оплату II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения (мужчины);

Приложение № 18 - Тарифы на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

Приложение № 19 - Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров взрослого населения;

Приложение № 20 - Тарифы на оплату профилактических, предварительных, периодических медицинских осмотров несовершеннолетних:

Приложение № 20/1 - Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

Приложение № 20/2 - Тарифы на оплату предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних;

Приложение № 20/3 - Тарифы на оплату периодических медицинских осмотров несовершеннолетних;

Приложение № 20/4 - Тарифы для взаиморасчетов между медицинскими организациями при проведении профилактических, предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних;

Приложение № 21 - Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний, коэффициенты относительной затратно-управленческие

коэффициенты по группам и стоимость случая в условиях круглосуточного стационара;

Приложение № 22 – Перечень сочетаний видов противоопухолевого лечения;

Приложение № 23/1 - Перечень сочетанных хирургических вмешательств;

Приложение № 23/2 - Перечень однотипных операций на парных органах;

Приложение № 24 - Перечень групп-исключений, подлежащих оплате в полном объеме независимо от длительности лечения;

Приложение № 25 - Перечень групп, случаи госпитализаций по которым считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней;

Приложение № 26 - Тарифы на оплату процедур диализа;

Приложение № 27 - Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования;

Приложение № 28 - Перечень клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний, коэффициенты относительной затратноёмкости и стоимость случая в условиях дневного стационара;

Приложение № 29 - Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо;

Приложение № 30 - Тариф за вызов с проведением тромболитической терапии;

Приложение № 31 - Тарифы за вызов скорой медицинской помощи «Медицинская эвакуация (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), осуществляемой выездными бригадами скорой медицинской помощи», в том числе для взаиморасчетов;

Приложение № 32 - Тариф на медицинские услуги, оказываемые станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи (для взаиморасчетов);

Приложение № 33 - 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.

Председатель комиссии

А.В. Кузьмин

Секретарь комиссии

Е.Г. Агафонова

Директор ООО Страховая
медицинская организация
«Восточно-страховой альянс»

Б.П. Тихонов

Председатель Приморской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

И.И. Лизенко