

Приложение № 4
к протоколу Комиссии по разработке
территориальной программы
обязательного медицинского
страхования Пермского края
от 30.12.2019 № 12

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ НА 2020 ГОД**

*(в редакции изменений от 30.01.2020, 28.02.2020, 27.03.2020, 03.04.2020, 28.04.2020, 21.05.2020,
30.06.2020, 30.07.2020, 29.09.2020, 28.10.2020)*

г. Пермь

«30» декабря 2019 г.

Министерство здравоохранения Пермского края, в лице его представителя – министра здравоохранения Пермского края Мелеховой О.Б.,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края, в лице его представителя – директора Мельниковой Т.П.,

страховые медицинские организации, в лице их представителя – директора Пермского филиала ООО «СМК РЕСО-Мед», полномочного представителя Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию на территории Пермского края Кудрявцевой О.В.,

медицинские организации, в лице их представителя – главного врача ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника № 5» Сластихиной О.В.,

профессиональный союз медицинских работников, в лице его представителя – председателя Пермской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Шабалина Г.А.,

медицинская профессиональная некоммерческая организация, в лице ее представителя – председателя общественной организации «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края» Каракуловой Ю.В.,

именуемые в дальнейшем – Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) заключили настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края на 2020 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом, постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС), Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 (далее – Порядок проведения контроля), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 02.12.2019 № 66/11/9), постановлением Правительства Пермского края от 30.12.2019 № 1062-п «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – Программа).

2. Предмет Тарифного соглашения

2.1. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края (далее – ТП ОМС), являющейся составной частью Программы государственных гарантий (далее – тарифы), их структуры и порядка применения, способов оплаты медицинской помощи и размера 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 по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края.

2.2. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения Сторон, а также медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по ТП ОМС, возникающие при реализации ТП ОМС.

2.3. Тарифы рассматриваются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края, устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются его неотъемлемой частью.

3. Список сокращений

ОМС – Обязательное медицинское страхование;

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края;

Комиссия – Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края;

СМО – Страхование медицинская организация;

МО – Медицинская организация;

СМП – Скорая медицинская помощь;

ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт;

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр);

КСГ – клиничко-статистическая группа;

УЕТ – Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;

ВМП – Высокотехнологичная медицинская помощь;

ЭКО – Экстракорпоральное оплодотворение;

МЭК – Медико-экономический контроль;

МЭЭ – Медико-экономическая экспертиза;

ЭКМП – Экспертиза качества медицинской помощи;

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

Правила – Правила отнесения случая лечения заболевания к клинико-статистическим группам, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, установленные Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению;

Стандарт – Стандарт оказания медицинской помощи, утвержденный уполномоченным федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации.

4. Основные понятия и термины

4.1. **Понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «пациент»** применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.2. **Понятия «медицинская организация», «застрахованные лица»** (далее также – пациент, лица, пациенты), «страховой случай» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом.

4.3. **Плановый объем медицинской помощи** – годовой объем предоставляемой в рамках ТП ОМС медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенный Комиссией с разбивкой по кварталам МО.

4.4. **Тариф** – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи, медицинскую услугу, законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепившихся лиц, размер возмещения и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи.

4.5. **Посещение** – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме по поводу страхового случая, включающее комплекс необходимых медицинских услуг с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

4.6. **Первичный прием** – первое посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по поводу острого заболевания, травмы, отравления; обострения хронического заболевания; первое посещение в календарном году пациента, состоящего на диспансерном учете; первое посещение в календарном году по поводу выписки лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения для лиц льготных групп.

4.7. **Повторный прием** – второе и каждое последующее посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по поводу заболевания, травмы, отравления; диспансерный осмотр пациента второй и последующие разы в течение календарного года; второе и все последующие посещения в течение календарного года по поводу выписки лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения для лиц льготных групп.

4.8. **Профилактический прием** – посещение с профилактической целью, не связанное с заболеванием или с обострением хронического заболевания с кодами XXI

класса МКБ-10, в том числе:

- посещения в Центрах здоровья;
- посещения в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения;
- посещения в рамках проведения профилактических медицинских осмотров, подлежащих оплате в рамках ТП ОМС в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- патронажные посещения;
- наблюдение пациенток с неосложненным течением беременности;
- посещения пациенток, обратившихся за направлением на медицинский аборт, а также все прочие посещения, связанные с неосложненным прерыванием беременности по желанию женщины;
- посещения, связанные с применением средств контрацепции;
- осмотры при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не выявлено заболевание);
- осмотры, проводимые врачами-инфекционистами контактных граждан из очагов инфекционных заболеваний;
- консультативный прием узкого специалиста в составе случая медицинской помощи по заболеванию, если врач при этом не выявил заболевания по своей специальности.

4.9. Консультативный прием – посещение врача консультативной поликлиники МО, включенных в Перечень медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с консультативно-диагностической целью и/или лечебной целью по направлению МО-фондодержателя или врача – специалиста той же или иной консультативной поликлиники.

4.10. Посещение в неотложной форме – первичная медико-санитарная помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

4.11. Обращение по поводу заболевания, травмы, отравления – случай лечения заболевания, травмы, отравления в амбулаторных условиях, включающий совокупность посещений и медицинских услуг в количестве одной или более, состав которого определяется стандартами и порядками оказания медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

4.12. Обращение в приемное отделение стационара – случай оказания медицинской помощи пациенту в экстренной и неотложной форме, включающий в себя осмотр (консультацию) врача клинической специальности и выполнение лечебно-диагностических мероприятий (при необходимости), не завершившийся госпитализацией в данную МО.

4.13. Диспансеризация и профилактические осмотры – все виды диспансеризаций и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.14. Законченный случай лечения по клинико-статистическим группам при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – предоставление медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ, с первичного обращения до достижения клинического результата.

4.15. Незаконченный случай при оказании стоматологической помощи – случай медицинской помощи с недостигнутым результатом лечения.

4.16. Простые услуги – это медицинские услуги, представляющие собой

определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику, лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение, которые выполняются в рамках оказания медицинской помощи по назначению врача и не входят в услуги посещения врача. Простые услуги включаются в реестр счетов с кодом в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг.

4.17. Комплексное исследование для пренатальной диагностики нарушений развития ребенка (внутриутробно) – это комплексное обследование беременных женщин с целью раннего выявления хромосомных и врожденных пороков развития в I и II триместрах беременности, включающее в себя профилактический прием врача акушера-гинеколога, ультразвуковое исследование плода, дуплексное сканирование сердца и сосудов плода, исследование матки и придатков трансабдоминально или трансвагинально (цервикометрия и доплерометрия), проводимое в МО, включенных в перечень, установленный Таблицей 3 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

4.18. Внешние медицинские услуги – медицинские услуги, входящие в подушевой норматив финансирования, оказываемые в плановой форме застрахованным лицам МО-исполнителем по направлению МО-фондодержателя или в неотложной форме в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

4.19. Выездная поликлиника – консультативная помощь населению Пермского края (за исключением жителей г. Перми и Пермского района), оказанная специалистами в соответствии с Положением о выездной поликлинике по оказанию консультативной медицинской помощи населению Пермского края, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Пермского края. Выездная поликлиника организуется МО, включенными в Перечень медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях выездными поликлиниками.

4.20. Амбулаторная хирургия – это комплекс медицинских услуг по проведению оперативного вмешательства в соответствии с утвержденным Перечнем в хирургических отделениях (кабинетах) в амбулаторных условиях пациентам, которым не требуется проведение оперативного вмешательства в стационарных условиях, а также пред- и послеоперационного - наблюдения и лечения.

4.21. Законченный случай по амбулаторной хирургии – обращение по поводу заболевания, включающее посещения врача-специалиста, проведение оперативных вмешательств в амбулаторных условиях с достижением запланированного результата.

4.22. Медицинские услуги, выполненные Централизованной клинико-диагностической лабораторией (далее – ЦКДЛ) – перечень клинических лабораторных исследований, утвержденный приложением 2 к приказу Министерства здравоохранения Пермского края от 05.07.2019 № СЭД-34-01-06-473 (далее – Приказ Министерства № 473), и указанных в графе 5 «ЦКДЛ» Таблицы 1 Приложения № 6 к Тарифному соглашению, выполненные по направлению МО, перечень которых утвержден приложением 1 к Приказу Министерства № 473.

4.23. Фондодержание – способ подушевого финансирования медицинских организаций-фондодержателей, при котором дифференцированный подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность медицинской организации-фондодержателя и дополнительные средства, за счет которых производятся взаиморасчеты за внешние медицинские услуги.

4.24. Прикрепившееся лицо – застрахованное лицо, включенное в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепившееся к медицинской

организации фондодержателю для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

4.25. Медицинские организации – фондодержатели (далее – МО – фондодержатели) – организации (поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики), имеющие прикрепившихся к ним застрахованных лиц по территориально-участковому принципу.

4.26. Медицинские организации – исполнители (далее – МО-исполнители) – поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики, стационары, оказывающие внешние медицинские услуги. МО-фондодержатель является одновременно МО-исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг неприкрепившимся лицам.

4.27. Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС.

4.28. Законченный случай лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – совокупность медицинских услуг в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), предоставленных пациенту в стационаре в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другую МО или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

4.29. Прерванный случай лечения в стационаре – случай оказания медицинской помощи без достижения клинического результата по причине перевода пациента в другую МО, преждевременной выписки пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, проведение диагностических исследований. К прерванным случаям в целях оплаты медицинской помощи относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, установленных Таблицей 2 Приложения № 11 к настоящему Тарифному соглашению *(в редакции Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020)*.

4.30. 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).

4.31. Базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) – 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 ТП ОМС, с учетом КСГ.

4.32. Коэффициент относительной затроемкости – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к базовой ставке.

4.33. Обращение (законченный случай) в кабинете раннего выявления онкологических заболеваний – случай оказания медицинской помощи средним медицинским персоналом (фельдшер или акушерка), независимо от пола пациента, в

кабинете раннего выявления онкологических заболеваний один раз в течение календарного года, состоящий из всех услуг, установленных Таблицей 7 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Принципы оплаты медицинской помощи

5.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках ТП ОМС, осуществляется в соответствии с настоящим Тарифным соглашением, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в пределах плановых объемов по условиям оказания медицинской помощи в расчете на квартал.

При этом ограничение по объемам не применяется к объемам медицинской помощи, оплата которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенным в расчет подушевого норматива для МО-Фондодержателей, скорой медицинской помощи.

5.2. Для обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в объеме ТП ОМС, МО самостоятельно регулируют выполнение плановых объемов медицинской помощи, в том числе путем установления очередности оказания плановой медицинской помощи с соблюдением условий предоставления бесплатной медицинской помощи, установленных ТП ОМС, при необходимости направляет в Комиссию заявку на перераспределение объемов предоставления медицинской помощи.

5.3. Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам, действующим на дату окончания оказания медицинской помощи.

5.4. Счета на оплату за оказанную медицинскую помощь формируются на основании Информации для оформления счета на оплату по форме, установленной Приложением № 15 к Регламенту информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Пермского края, утвержденному приказом ТФОМС Пермского края. Информация для оформления счета на оплату является приложением к счету.

5.5. В реестр счетов не включаются случаи оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии на медицинскую деятельность МО.

Раздел II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

6. Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по ТП ОМС, по всем условиям оказания медицинской помощи и применяемым способам оплаты медицинской помощи установлен Приложением № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

7. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

7.1.1. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов) – в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

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

7.2. Подушевой норматив финансирования включает средства на оплату собственной деятельности МО-фондодержателя и средства на оплату внешних услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепившимся к МО-фондодержателю лицам.

7.3. Размер финансового обеспечения МО-Фондодержателей на основе подушевого норматива на прикрепившихся к МО-Фондодержателю застрахованных лиц определяется исходя из дифференцированных подушевых нормативов, рассчитанных в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, являющейся Приложением № 2 к настоящему Тарифному соглашению, с учетом коэффициентов дифференциации подушевого норматива, установленных Приложением № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

7.4. По подушевому нормативу финансирования осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослому и детскому населению в МО, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц, за исключением:

7.4.1. медицинской помощи, оказанной в стоматологических отделениях (кабинетах, МО);

7.4.2. исключен *(в редакции Дополнительного соглашения № 8, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.07.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2020)*;

7.4.3. медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья;

7.4.4. консультаций врачами мобильных Центров здоровья и выездных поликлиник;

7.4.5. медицинской помощи, оказанной на дому в неотложной форме медицинскими работниками отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи;

7.4.6. исключен *(в редакции Дополнительного соглашения № 7, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.06.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2020)*;

7.4.7. медицинской помощи, оказываемой неприкрепившимся лицам в неотложной форме, и медицинской помощи новорожденным, получающим медицинскую помощь до оформления полиса ОМС по полису матери или другого законного представителя;

7.4.8. услуг диализа в амбулаторных условиях;

7.4.9. дополнительных диагностических исследований для выявления онкологических заболеваний, перечень и порядок проведения которых утвержден приказом Министерства здравоохранения Пермского края;

7.4.10. отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований сердечно – сосудистой системы, эндоскопических исследований, молекулярно-генетических

исследований с целью выявления онкологических заболеваний и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, позитронной эмиссионной томографии, исследований по определению РНК коронавируса (SARS-Cov-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, проведенных застрахованным лицам с признаками респираторных заболеваний амбулаторно, а также до плановой госпитализации или при установлении вирусоносительства COVID-19 у лиц без клинических проявлений заболевания (в редакции Дополнительного соглашения № 4, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 03.04.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020, Дополнительного соглашения № 7, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.06.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.06.2020, Дополнительного соглашения № 11, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.10.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.10.2020);

7.4.11. медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктах.

7.5. Размер средств, направляемых в *i*-тую МО на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП/ФАП) при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Требования по ФП/ФАП), в расчете на год рассчитывается по формуле:

$$ОС_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times ФРО_{ФАП}^n \times КД_{МО}^n), \text{ где} \quad (7)$$

$ОС_{ФАП}^i$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских / фельдшерско-акушерских пунктов в *i*-той МО;

$Ч_{ФАП}^n$ – число фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов *n*-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствующие Требованиям по ФП/ФАП);

$ФРО_{ФАП}^n$ – размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов *n*-го типа, установленный настоящим Тарифным соглашением;

$КД_{МО}^n$ – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462).

Размер средств, направляемых в *i*-тую МО на финансовое обеспечение ФП/ФАПов, обслуживающих менее 100 жителей в расчете на год рассчитывается по формуле:

$$ФРО_{МО}^i = \sum_n [СР_{сод\ ФАП} + ((РФРО_{ФАП}^n - СР_{сод\ ФАП}) \times Кст_{ф}^n / НКст_{ф}^n) \times КД_{ФАП}^i], \quad (8)$$

где:

$СР_{сод\ ФАП}$ – размер средств на содержание ФП/ФАПа, установленный пунктом 12.8 настоящего Тарифного соглашения (в редакции Дополнительного соглашения № 3, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 27.03.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020);

$РФРО_{ФАП}^n$ – размер финансового обеспечения ФП/ФАПа *n*-го типа, установленный настоящим Тарифным соглашением;

$Кст_{ф}^n$ – фактическое количество занятых ставок средним медицинским персоналом (фельдшер, медицинская сестра) в ФАПе *n*-го типа;

НКст^{нф} – нормативное количество ставок среднего медицинского персонала (фельдшер, медицинская сестра) в ФАПе n-го типа.

Размер средств, направляемых в i-тую МО на финансовое обеспечение ФП/ФАПов, не соответствующих Требованиям по ФП/ФАП в расчете на год, рассчитывается по формуле:

$$\text{ФРО}^i_{\text{МО}} = \sum n[\text{СР}_{\text{сод ФАП}} + ((\text{РФО}^n_{\text{ФАП}} \times 0,95 - \text{СР}_{\text{сод ФАП}}) \times \text{Кст}^n_{\text{Ф}} / \text{НКст}^n_{\text{Ф}}) \times \text{КД}^i_{\text{ФАП}}], \quad (8)^1$$

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов (в редакции Дополнительного соглашения № 1, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.01.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2020).

7.6. Оплата посещения к врачу – специалисту (среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный прием) осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 1 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают в себя стоимость сбора анамнеза и жалоб, проведения внешнего осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, постановки диагноза, составления плана обследования и лечения, назначения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, а также выполнение необходимых лечебно-диагностических мероприятий, не установленных Приложением № 6, решение вопроса о трудоспособности и режиме пациента. (в редакции Дополнительного соглашения № 5, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.04.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2020).

7.7. Оплата медицинской помощи, оказанной на дому в неотложной форме медицинскими работниками отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 2 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают расходы на посещение врача-специалиста (среднего медицинского персонала), транспортные расходы и расходы на проведение лечебно-диагностических мероприятий.

7.8. Оплата медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья при проведении комплексного обследования, осуществляется по тарифам установленным Таблицей 3 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению. В случае дополнительного обследования, не входящего в комплексное обследование (биоимпедансометрия, пульсоксиметрия, анализ окиси углерода в выдыхаемом воздухе с использованием смокелайзера, определение токсических веществ в биологических средах организма, профессиональная гигиена полости рта), оплата производится по тарифам комплексного обследования с учетом дополнительного обследования по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

7.9. исключен (в редакции Дополнительного соглашения № 7, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.06.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2020).

7.10. Оплата медицинской помощи, оказываемой консультативными поликлиниками, осуществляется по тарифам установленным Таблицей 5 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают в себя стоимость сбора анамнеза и жалоб, проведения внешнего осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, постановки диагноза, составления плана обследования и лечения, назначения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, решение вопроса о трудоспособности и режиме пациента.

7.11. Оплату медицинской помощи, оказываемой в приемном отделении стационара, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 6 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают расходы на посещение врача-специалиста (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием) и расходы на оказание простых услуг и диагностических мероприятий, в том числе проведения

компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии

Абзац второй исключен (в редакции Дополнительного соглашения № 5, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.04.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020).

7.12. Оплату медицинской помощи, оказываемой выездной поликлиникой, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 7 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают в себя стоимость сбора анамнеза и жалоб, проведения внешнего осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, постановки диагноза, составления плана обследования и лечения, назначения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, решение вопроса о трудоспособности и режиме пациента.

7.13. Тарифы на оплату обращения по поводу заболевания (законченного случая) установлены Таблицей 8 Приложения № 5 включают расходы на посещение врача соответствующей специальности (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием) с кратностью не менее двух и расходы на проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением медицинских услуг, на которые Приложением № 6 к Тарифному соглашению установлены отдельные тарифы.

7.14. Тарифы на оплату медицинских услуг, выполняемых ЦКДЛ, созданной в соответствии с приказом Министерства № 473, установлены в графе 5 «ЦКДЛ» Таблицы 1 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Стоимость медицинских услуг, оказываемых ЦКДЛ медицинским организациям, включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость случая лечения заболевания, включенного в КСГ.

ЦКДЛ включает в реестр счетов каждое выполненное лабораторное исследование с указанием информации о направлении, в том числе о медицинской организации, выдавшей направление, об условиях оказания медицинской помощи (круглосуточный стационар, дневной стационар, амбулаторно-поликлиническая помощь (поликлиника, отказ от госпитализации, диспансеризация, профилактический осмотр), об идентификаторе пациента (номер медицинской карты).

СМО осуществляют оплату медицинских услуг, оказанных ЦКДЛ, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату за оказанные медицинские услуги.

При осуществлении окончательного расчета за оказанную медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, направляемых ЦКДЛ за выполнение лабораторных исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

7.15. Оплата диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний), проводимых застрахованным по ОМС лицам по направлению врача амбулаторного приема, оказывающего первичную медико – санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

В связи с временной организацией КТ-исследований на догоспитальном этапе пациентам с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в рамках реализации временного порядка эвакуации в структурные подразделения МО, перепрофилированных для лечения пациентов, заболевших новой коронавирусной инфекцией, оплата компьютерной томографии легких при подозрении на заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID-19, выполненной в ГБУЗ ПК «ПККГВВ», ГБУЗ

ПК «ГКБ им. М.А. Тверье», ГБУЗ ПК «ГБ № 6», ГБУЗ ПК «КМСЧ № 1», ГБУЗ ПК «ЧБ им. В.Г. Любимова», ГБУЗ ПК «Чернушинская РБ» на догоспитальном этапе, осуществляется при указании в реестре счетов соответствующих кода МКБ (Z11.5 «Специальное скрининговое обследование с целью выявления других вирусных болезней» либо V34.2 «Коронавирусная инфекция неуточненная») и кода услуги (A06.09.005 Компьютерная томография органов грудной полости, A06.09.005.002 Компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, A06.09.005.003 Компьютерная томография грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией *(в редакции Дополнительного соглашения № 5, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.04.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020)*).

7.16. Оплата проведения флюорографических и маммографических исследований, осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению. Данные медицинские услуги могут быть включены в реестр счетов без наличия направления, выданного МО-фондодержателем.

7.17. Оплата обращения (законченного случая) в кабинете раннего выявления онкологических заболеваний осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 7 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению, в рамках фондодержания, при наличии всех услуг, указанных в Таблице 7 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

При этом услуги, указанные в Таблице 7 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению, выполненные в течение календарного года не в кабинетах раннего выявления онкологических заболеваний, предъявляются с нулевой стоимостью.

7.18. При оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях применяются следующие способы оплаты:

7.18.1. по тарифу за законченный случай, выраженного в УЕТ, состоящего из тарифа законченного случая лечения по КСГ, выраженного в УЕТ, установленного Таблицей 1, Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению в соответствии с группировщиками КСГ по стоматологии, и тарифа сложной комплексной услуги, выраженного в УЕТ, установленные Таблицей 2 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению;

7.18.2. по тарифу посещений и медицинских услуг в рамках незаконченного случая лечения заболевания, выраженного в УЕТ, установленные Таблицей 2 и Таблицей 3 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению, но не более общего количества УЕТ по КСГ при законченном случае лечения;

7.18.3. по тарифу посещений с профилактической целью, выраженного в УЕТ;

7.18.4. оплата случаев лечения производится с учетом коэффициента длительности лечения для конкретной КСГ в зависимости от фактического количества посещений в составе законченного случая, установленного Таблицей 4 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению;

7.18.5. размер финансового обеспечения при оказании стоматологической помощи определяется исходя из общего количества УЕТ, составляющего случай, и стоимости 1 УЕТ;

7.18.6. случаи оказания стоматологической помощи с разовыми посещениями по заболеванию (цель обращения – код 1), подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП;

7.18.7. при оказании стоматологической помощи на дому к тарифу КСГ и к тарифу незаконченного случая, выраженных в УЕТ, применяется коэффициент сложности лечения, установленный Таблицей 5 Приложения № 7 к настоящему Тарифному

соглашению.

7.19. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (комплексное посещение) осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными и подлежат оплате в полном объеме в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, установленного для данного пола и возраста приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 № 124н.

При этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простатспецифического антигена в крови.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (комплексное посещение), выполненных мобильными медицинскими бригадами, находящимися в составе МО, осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению, с применением повышающего коэффициента в размере 1,05.

7.20. Оплата медицинской помощи пациентам, страдающим хронической болезнью почек (далее – ХБП) и направленным в МО Пермского края, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилю «нефрология» методом программного диализа и перитонеального диализа, по решению Комиссии Министерства здравоохранения Пермского края в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 29.08.2017 № СЭД-34-01-06-754 «О порядке направления граждан, страдающих хронической болезнью почек, на проведение программного диализа», и получающим услуги диализа по поводу ХБП в амбулаторных условиях, осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

7.21. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (состояний) врачами разных специальностей формируются два и более случая.

7.22. Диспансерные посещения хронических больных с целью выписки рецептов, активные посещения на дому хронических больных, посещения с целью наблюдения патологии беременности, патронаж новорожденных группируются в обращения по поводу заболевания за квартал.

7.23. Случай лечения заболевания считается выполненным при наступлении медицинского исхода (улучшение, выздоровление) и/или организационного исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, перевода в другую МО, отказа от получения медицинской помощи, в том числе неявки пациента, прекращения наблюдения). Случаи оказания медицинской помощи с результатом обращения «Лечение прервано по инициативе МО», «Лечение прервано по инициативе пациента» подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП.

7.24. При продолжении начатого ранее лечения в другой МО или направлении на консультацию, обследование в другую МО, а также при диагностическом или восстановительном лечении в другой МО к оплате предъявляются фактически

выполненные объемы медицинской помощи каждой МО по соответствующим тарифам.

7.25. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара по разным профилям, услуги амбулаторной помощи подлежат оплате в полном объеме.

7.26. В реестр счетов не включаются и не подлежат оплате за счет средств ОМС следующие случаи оказания амбулаторной медицинской помощи:

7.26.1. исключен *(в редакции Дополнительного соглашения № 3, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 27.03.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020)*;

7.26.2. при повторном посещении пациентом врача одной специальности в один и тот же день в одной МО, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других МО. Указанные случаи подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП;

7.26.3. в день поступления и в день выписки пациента из круглосуточного стационара МО, не являющейся МО-фондодержателем для данного пациента.

7.27. Посещения застрахованных лиц на дому с целью медицинского наблюдения граждан, вернувшихся из стран, в которых зарегистрированы случаи коронавирусной инфекции штамма COVID-19, а также проживающих совместно с ними лиц и лиц, находящихся на карантине по контакту, учитываются по коду МКБ-10 Z20.8 «Контакт с больным или возможность заражения другими инфекционными заболеваниями», который указывается в реестрах счетов, и подаются на оплату по тарифу профилактического посещения на дому по поводу контакта с COVID-19 в рамках подушевого финансирования МО-ФД *(в редакции Дополнительного соглашения № 3, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 27.03.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020)*.

7.28. Оплата тестирования групп риска на выявление коронавирусной инфекции (COVID-19) осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19, проведенное перед плановой госпитализацией пациентов в МО для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи или при установлении вирусоносительства COVID-19 у лиц без клинических проявлений заболевания (Z22.8), оплачивается вне подушевого финансирования МО-ФД, при этом в реестре счетов указывается услуга A26.08.027.001.3. «Определение РНК коронавируса (SARS-Cov-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, проведенное для дальнейшей плановой госпитализации или при установлении вирусоносительства COVID-19 у лиц без клинических проявлений заболевания» или A26.08.027.001.4 «Определение РНК коронавируса (SARS-Cov-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, проведенное для дальнейшей плановой госпитализации или при установлении вирусоносительства COVID-19 у лиц без клинических проявлений заболевания (без стоимости тест системы) <*>» *(в редакции Дополнительного соглашения № 11, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.10.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.10.2020)*.

Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19, проведенное по направлению работодателя, не подлежит оплате за счет средств ОМС.

(в редакции Дополнительного соглашения № 4, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 03.04.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020, Дополнительного соглашения № 7, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.06.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.06.2020, Дополнительного соглашения № 8, утв.

Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.07.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2020).

8. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара

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

8.1.1. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);

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

8.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, во всех страховых случаях осуществляется по КСГ, за исключением:

8.2.1. заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые ТП ОМС установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

8.2.2. услуг диализа, включающих различные методы.

8.3. Отнесение случая лечения к КСГ осуществляется в соответствии с Правилами, установленными Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

8.4. Стоимость случая госпитализации, включенного в соответствующую КСГ, рассчитывается по формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ПК \times КД, \text{ где} \quad (1)$$

БС – базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара;

КЗ_{КСГ} - коэффициент относительной затроемкости по КСГ, установленный Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462, установленный Таблицей 1 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ рассчитывается по формуле:

$$ПК = КУ_{КСГ} \times КПУС_{Мо} \times \sum КСЛП, \text{ где} \quad (2)$$

КУ_{КСГ} – управленческий коэффициент по КСГ, установленный Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

КПУС_{Мо} – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для медицинской организации, в которой был пролечен пациент, установлен Таблицей 3 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению. Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, приведен в Таблице 4 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, установленный Таблицей 2 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению. Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации.

При расчете окончательной стоимости случая лечения в целях применения КСЛП учитывается возраст пациента на дату начала госпитализации.

При применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП, общее значение КСЛП определяется по формуле:

$$\sum \text{КСЛП} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + \dots + (\text{КСЛП}_n - 1), \text{ где} \quad (3)$$

Коэффициент сложности лечения пациента применяется в случаях, установленных Таблицей 2 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

8.5. Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, за исключением случаев, установленных Таблицей 8 Приложения № 11 к настоящему Тарифному соглашению, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней (в редакции Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020).

Значение КСЛП определяется по следующей формуле:

$$\text{КСЛП} = 1 + \frac{\text{ФКД} - \text{НКД}}{\text{НКД}} \times K_{\text{дл}}, \text{ где} \quad (4)$$

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

Кдл – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

При сверхдлительной госпитализации в отделениях МО, кроме реанимационных, Кдл – 0,25; при сверхдлительной госпитализации в реанимационных отделениях МО Кдл – 0,4, при этом дополнительно подлежит включению в реестр счетов услуга В02.003.001 «Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся в отделении интенсивной терапии и реанимации».

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.

К сверхдлительным случаям не относятся объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039 – st19.055, ds19.001 – ds19.015), и не оплачиваются с применением соответствующего КСЛП.

Случаи сверхдлительной госпитализации подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП.

8.6. Оплата случаев госпитализации длительностью менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, установленных Таблицей 2 Приложения № 11 к настоящему Тарифному соглашению, производится в размере (в редакции Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020):

8.6.1. 80 % от стоимости случая, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, установленных Таблицей 3 Приложения № 11 (в редакции Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются

на правоотношения, возникшие с 01.03.2020);

8.6.2. 50% от стоимости случая, если не проводились хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия (в редакции Дополнительного соглашения № 11, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.10.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.10.2020).

8.7. Оплата прерванных случаев лечения в стационаре длительностью более 3 дней производится в размере:

8.7.1. 90 % от стоимости случая, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, установленных Таблицей 3 Приложения № 11 (в редакции Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020);

8.7.2 при длительности от 4 до 7 дней – 70% от стоимости случая, если не проводились хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия (в редакции Дополнительного соглашения № 11, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.10.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.10.2020);

8.7.3. при длительности от 8 дней – 90% от стоимости случая, если не проводились хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия (в редакции Дополнительного соглашения № 11, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.10.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.10.2020).

8.8. При переводе пациента из одного отделения МО в другое отделение (в том числе из круглосуточного стационара в дневной стационар):

8.8.1. 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, 100%-ой оплате подлежат оба случая лечения заболевания в рамках, соответствующих КСГ. Указанные случаи подлежат обязательной МЭЭ и ЭКМП;

8.8.2. если заболевания относятся к одному классу МКБ-10, в том числе случаи патологии беременности, закончившиеся родами/родоразрешением (при длительности рододовой госпитализации менее 6 дней), оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

8.9. Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ:

- случаи пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением по КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ st02.003 «Родоразрешение», а также по КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ st02.004 «Кесарево сечение»;

- случаи пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим диагнозам МКБ-10:

О14.1 «Тяжелая преэклампсия»;

О34.2 «Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери»;

О36.3 «Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери»;

О36.4 «Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери»;

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией».

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

- случаи проведения медицинской реабилитации пациенту после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- случаи проведения этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
- случаи проведения реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

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

Указанные случаи подлежат обязательной МЭЭ и ЭКМП.

8.10. Если в рамках одной госпитализации пациенту было оказано несколько услуг, влияющих на отнесение случая лечения к соответствующей КСГ, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

8.11. При проведении в МО хирургических вмешательств выездной хирургической бригадой другой МО, оплата производится в размере 90% от стоимости случая по соответствующей КСГ. При этом в реестре счетов указывается код МО, выездная хирургическая бригада которой выполнила хирургическое вмешательство.

8.12. Оплата обследования и/или предоперационной подготовки пациентов перед оказанием ВМП, требующих круглосуточного наблюдения, производится по стоимости случая по соответствующей КСГ с учетом правил, установленных пунктами 8.3 и 8.4 настоящего Тарифного соглашения.

В случае продолжения лечения в той же МО, при наличии показаний, после оказания ВМП, оплата специализированной медицинской помощи производится по КСГ, формируемой по коду МКБ-10.

Все указанные в данном пункте случаи госпитализации подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП.

8.13. Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов ВМП Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению. Если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата осуществляется по стоимости случая по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

8.14. Критерием для определения условий оказания помощи по профилю «Медицинская реабилитация» служит оценка состояния по «Шкале Реабилитационной Маршрутизации» (далее – ШРМ). При оценке по ШРМ 4-5-6 пациенту оказывается медицинская реабилитация в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При оценке 3 по ШРМ оказание медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара осуществляется в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной на территории

Пермского края. При оценке по ШРМ 1-2 оказание медицинской реабилитации не может осуществляться в условиях круглосуточного стационара.

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

8.16. В стоимость случая по КСГ, предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды. Пребывание новорожденного в МО в период восстановления здоровья матери после родов либо до перевода в отделение неонатологии другой МО не является основанием для предоставления на оплату по КСГ по профилю «Неонатология».

8.17. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в условиях круглосуточного стационара оплата осуществляется по тарифу услуг диализа, установленных Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению, в дополнение к стоимости случая лечения по соответствующей КСГ.

Проведение услуг диализа в течение всего периода нахождения пациента в круглосуточном стационаре относится к законченному случаю. При этом в период лечения в круглосуточном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

8.18. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам в приемных отделениях стационаров в экстренной или неотложной форме, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 6 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

8.19. исключен (*в редакции Дополнительного соглашения № 3, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 27.03.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020*).

8.20. Критерии отнесения случая к реанимационным КСГ установлены Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях (далее – Инструкция), являющейся дополнением к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренным решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 02.12.2019 № 66/11/9), направленным совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019 № 11-7/И/2-11779 и ФОМС № 17033/26-2/и) (*в редакции Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020*).

8.21. Формирование КСГ по профилю «онкология» и «радиология» для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10 и кода медицинской услуги и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

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

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

8.22. Критериями отнесения случая лечения пациента со злокачественным новообразованием:

- к лекарственной терапии являются: код МКБ 10 и схема лекарственной терапии;
- к хирургическому лечению являются: код МКБ 10 и код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой;
- к лучевой терапии являются: код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- к случаям с проведением лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией являются: код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количество дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

8.23. Оплата случаев лекарственной терапии при злокачественном новообразовании производится (в редакции Дополнительного соглашения № 5, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.04.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2020):

8.23.1 в размере 100% по соответствующей КСГ, если фактическое количество дней введения соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии;

8.23.2 в размере 50% по соответствующей КСГ, если фактическое количество дней введения меньше количества дней введения в тарифе, предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии.

8.24. Оплата случаев лучевой терапии при злокачественном новообразовании производится за фактическое количество дней проведения лучевой терапии (числа фракций) (Инструкция) (в редакции Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020).

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией производится в размере 50%.

8.25. Срок лечения в стационаре определяется от дня поступления до дня выписки из стационара (день госпитализации и день выписки считается одним днем).

8.26. Случаи оказания медицинской помощи по КСГ с 3-6 уровнем оперативного вмешательства, выполненных в МО (отделении) 1 уровня, и по КСГ с 4-6 уровнем оперативного вмешательства, выполненных в МО (отделении) 2 уровня, подлежат обязательной МЭЭ и ЭКМП.

9. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара всех типов

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

9.1.1. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, в соответствии с Правилами, установленными Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению;

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

9.1.3. Оплата медицинской помощи пациентам, страдающим ХБП и направленным в МО Пермского края, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилю «нефрология» методом программного диализа и перитонеального диализа, по решению Комиссии Министерства здравоохранения Пермского края в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 29.08.2017 № СЭД-34-01-06-754 «О порядке направления граждан, страдающих хронической болезнью почек, на проведение программного диализа», и получающим услуги диализа по поводу ХБП в условиях дневного стационара, осуществляется по тарифам на услуги диализа, установленным Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению, в сочетании с оплатой на лекарственное обеспечение при оказании услуги диализа (по медицинским показаниям) за счет средств межбюджетного трансферта бюджета Пермского края, предусмотренных на финансовое обеспечение ТП ОМС..

9.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, во всех страховых случаях осуществляется по КСГ, за исключением оплаты услуг диализа, включающих различные методы.

9.3. Стоимость случая госпитализации, включенного в соответствующую КСГ, рассчитывается по следующей формуле:

$$CC = BC \times K_{ЗКСГ} \times КД \times ПК, \text{ где} \quad (5)$$

BC – базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара;

$K_{ЗКСГ}$ - коэффициент относительной затроемкости по КСГ, установленный Приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению;

КД – коэффициент дифференциации, установленный Таблицей 1 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ рассчитывается по формуле:

$$ПК = KU_{КСГ} \times KПУСмо \times \sum КСЛП, \text{ где} \quad (5^1)$$

$KU_{КСГ}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, установленный Приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению;

$KПУСмо$ – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для МО, в которой был пролечен пациент, установленный Таблицей 3 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению. Перечень КСГ, для которых не применяется $KПУСмо$, приведен в Таблице 4 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, установленный Таблицей 2 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

9.4. Оплата случаев госпитализации длительностью менее 3 дней включительно, за

исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, установленных Таблицей 2 Приложения № 11 к настоящему Тарифному соглашению, производится в размере (в редакции *Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020*):

9.4.1. 80 % от стоимости случая, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, установленных Таблицей 4 Приложения № 11 (в редакции *Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020*);

9.4.2. 50 % от стоимости случая, если не проводились хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия (в редакции *Дополнительного соглашения № 11, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.10.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.10.2020*).

9.5. Оплата прерванных случаев лечения в дневном стационаре длительностью более 3 дней производится в размере:

9.5.1. 90 % от стоимости случая, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, установленных Таблицей 4 Приложения № 11 (в редакции *Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020*);

9.5.2. при длительности от 4 до 7 дней – 70% от стоимости случая, если не проводились хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия (в редакции *Дополнительного соглашения № 11, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.10.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.10.2020*);

9.5.3. при длительности от 8 дней – 90% от стоимости случая, если не проводились хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия (в редакции *Дополнительного соглашения № 11, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.10.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.10.2020*).

9.6. Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях дневного стационара проводится пациентам с оценкой состояния по ШРМ 2-3.

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

9.7. Оплата вспомогательных репродуктивных технологий осуществляется с учетом проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения в соответствии с Правилами, установленными Приложением № 11, и применением поправочных коэффициентов (КСЛП) к случаям проведения ЭКО в зависимости от этапа, установленных Таблицей 2 Приложения 16.

9.8. Критериями отнесения случая лечения пациента со злокачественным новообразованием к:

- лекарственной терапии являются код МКБ 10 и схема лекарственной терапии;
- хирургическому лечению является код МКБ 10 и код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой;
- лучевой терапии являются код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- случаям с проведением лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией являются код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количество дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов

9.9. Оплата случаев лекарственной терапии при злокачественном новообразовании производится (в редакции Дополнительного соглашения № 5, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.04.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2020):

9.9.1 в размере 100% по соответствующей КСГ, если фактическое количество дней введения соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии;

9.9.2 в размере 50% по соответствующей КСГ, если фактическое количество дней введения меньше количества дней введения в тарифе, предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии.

9.10. Оплата случаев лучевой терапии при злокачественном новообразовании производится за фактическое количество дней проведения лучевой терапии (числа фракций) (Инструкция) (в редакции Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020).

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией производится в размере 50%.

9.11. исключен (в редакции Дополнительного соглашения № 3, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 27.03.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020).

9.12. При переводе пациента из одного отделения МО в другое отделение (в том числе из дневного стационара в круглосуточный стационар):

9.12.1. 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, 100%-ой оплате подлежат оба случая лечения заболевания в рамках, соответствующих КСГ. Указанные случаи подлежат обязательной МЭЭ и ЭКМП;

9.12.2. если заболевания относятся к одному классу МКБ–10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

9.13. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая осуществляется в случае лечения в одной МО по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

9.13.1. случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

9.13.2. случаи проведения этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

9.13.3. случаи проведения медицинской реабилитации пациенту после завершения

лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение.

Указанные случаи подлежат обязательной МЭЭ и ЭКМП.

9.14. Если в рамках одной госпитализации пациенту было оказано несколько услуг, влияющих на отнесение случая лечения к соответствующей КСГ, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

9.15. В дневных стационарах первым днем считается день начала оказания медицинской помощи, последним – день окончания ее оказания.

9.16. При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар или из дневного стационара в круглосуточный для определения фактического срока оказания медицинской помощи в каждом из подразделений день перевода учитывается в периоде оказания медицинской помощи на предыдущем этапе.

10. Оплата медицинской помощи, оказанной вне МО

10.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), в том числе в случае обращения пациента в МО (отделение) скорой медицинской помощи:

10.1.1. оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне МО, в том числе в случае обращения пациента в МО (отделение) скорой медицинской помощи, производится по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

10.2. Объем финансовых средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитывается для каждой МО в соответствии с Методикой расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи согласно Приложению № 17 к настоящему Тарифному соглашению.

10.3. Стоимость вызова профильной бригады определяется по формуле:

$$СВ\ смп = Т \times КР\ смп, \text{ где} \quad (6)$$

Т – тариф на оплату стоимости вызова бригады СМП, установленный Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению;

КРсмпп – районный коэффициент по МО, установленный Приложением № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

10.4. Проведение тромболитической терапии пациентам при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST (коды МКБ-10 – I21.0 «Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда», I21.1 «Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда», I21.2 «Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций» I21.3 «Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации») вне МО оплачивается по тарифу отдельной услуги, установленной Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

11. Структура тарифа на оплату медицинской помощи.

11.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи, включает в себя расходы МО на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (в редакции *Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020*).

11.1¹. Детализация видов расходов МО по статьям и подстатьям затрат утверждена приказом Министерства здравоохранения Пермского края (в редакции *Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020*).

11.2. МО негосударственной формы собственности руководствуются Планом счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций, утвержденным приказом Министерства финансов Российской Федерации от 31.10.2000 № 94н.

11.3. МО негосударственной формы собственности при составлении локального сметного расчета на текущие ремонты применяют прогнозные индексы изменения сметной стоимости строительства, рекомендуемые к применению Министерством строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации, внесенные в федеральный реестр сметных нормативов.

11.4. В тарифы включаются экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы МО на выполнение ТП ОМС.

11.5. В тарифы не включаются расходы МО, которые в соответствии с Программой финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

11.6. Распределение затрат по различным источникам финансирования (ОМС, бюджет, др.) производится в соответствии с Приложением № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

11.7. За счет средств ОМС не возмещаются расходы МО:

11.7.1. на уплату налога на прибыль, налога при упрощенном налогообложении;

11.7.2. на уплату государственных пошлин и судебных издержек, возмещения морального и материального вреда, исполнения обязательств по судебным делам, не связанным с деятельностью МО по выполнению ТП ОМС;

11.7.3. на уплату государственных пошлин и судебных издержек по судебным делам в связи с рассмотрением исков ТФОМС, СМО к МО, по судебным делам в связи с рассмотрением исков МО к ТФОМС или СМО;

11.7.4. на уплату штрафов, пени за несвоевременную уплату налогов и сборов;

11.7.5. на уплату неустойки за нарушение договорных обязательств и других экономических санкций за исключением расходов по оплате штрафов за нарушение законодательства РФ о закупках товаров, работ и услуг, а также уплата штрафных санкций за нарушение условий контрактов (договоров) по поставке товаров, выполнению работ,

оказанию услуг;

11.7.6. на строительство, реконструкцию, проведение капитального ремонта объектов здравоохранения, на подготовку проектно-сметной документации для их проведения, а также расходы на демонтаж зданий и сооружений (*в редакции Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020*);

11.7.7. на организацию и выполнение составляющих медицинскую деятельность работ (услуг) в зависимости от условий и видов оказания медицинской помощи при отсутствии специального разрешения (лицензии);

11.7.8. на оплату труда работников, оказывающих медицинскую деятельность по видам и профилям, не входящим в ТП ОМС, а также специалистов с высшим и средним медицинским образованием, оказывающих медицинскую помощь, не предусмотренную специальным разрешением (лицензией) и (или) не имеющих действующих сертификатов;

11.7.9. на оплату договоров по подготовке кадров высшей квалификации по образовательным программам высшего образования - программы бакалавриата, программы специалитета, программы магистратуры, программы ординатуры.

11.7.10. В случае установления ТФОМС факта нецелевого использования средств ОМС, возврат средств, использованных не по целевому назначению, уплата штрафа и пени производится МО в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона.

12. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

12.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС на 2020 год, составляет 4 822,66 рубля.

12.2. Размер подушевого норматива финансирования МО при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 3 632,59 рубля в год.

Размер подушевого норматива финансирования МО при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на месяц с 1 октября 2020 года составляет 394,52 рубля (*в редакции Дополнительного соглашения № 6, утв., Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 21.05.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2020, Дополнительного соглашения № 8, утв., Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.07.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2020, Дополнительного соглашения № 11, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.10.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.10.2020*).

12.3. Тарифы на оплату посещений и медицинских услуг в амбулаторных условиях установлены Приложениями №№ 5-7 к настоящему Тарифному соглашению.

12.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены Приложением № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

12.5. Тарифы на оплату услуг диализа, установлены Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

12.6. Размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, при условии их соответствия Требованиям по ФП/ФАП, составляет:

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900

жителей, – 957,2 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 516,4 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1 702,8 тыс. рублей.

12.7. Размер финансового обеспечения фельдшерского/фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего менее 100 жителей, составляет 545,26 тыс. рублей (в редакции *Дополнительного соглашения № 1, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.01.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2020*).

12.8. Сумма средств на содержание фельдшерского/фельдшерско-акушерского пункта, включенная в размер финансового обеспечения ФП/ФАП, составляет 423,91 тыс. рублей (в редакции *Дополнительного соглашения № 3, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 27.03.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2020*).

13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара

13.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО в условиях стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 6 526,19 рублей.

13.2. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара составляет 23 153,90 рубля рублей (в редакции *Дополнительного соглашения № 10, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 29.09.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.09.2020*).

13.3. Коэффициенты относительной затратоемкости установлены Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

13.4. Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ, установлены Приложением № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

13.5. Тарифы на оплату случаев лечения с применением методов ВМП установлены Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

13.6. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

14. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

14.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО в условиях дневного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 1 469,29 рублей.

14.2. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет 12 798,56 рубля (в редакции *Дополнительного соглашения № 2, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 28.02.2020 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.03.2020*).

14.3. Коэффициенты относительной затратоемкости установлены Приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

14.4. Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения

заболевания, включенного в КСГ, установлены Приложением № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

14.5. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой вне МО

15.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 769,85 рублей.

15.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 759,33 рублей.

15.3. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи установлены Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

15.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, установлены Приложением № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

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

16.1. Оплата медицинской помощи производится с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведенного в соответствии с Порядком проведения контроля.

16.2. За нарушения, выявленные в ходе проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, МО несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

16.3. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи к МО применяются санкции, предусмотренные статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края, установленным Приложением № 21 к настоящему Тарифному соглашению (далее – Перечень).

Величина санкции исчисляется как произведение установленного коэффициента на размер тарифа, действующего на дату окончания оказания медицинской помощи.

В случае внесения изменений в Перечень, новая редакция применяется к случаям оказания медицинской помощи, завершаемым после введения таких изменений в действие, за исключением пунктов Перечня, которые в новой редакции утратили силу.

Пункты Перечня, утратившие силу, при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, не применяются, независимо от даты оказания медицинской помощи.

16.4. В случае выявления нарушений в оказании прикрепленному населению медицинской помощи, включенной в размер подушевого финансирования, размер неоплаты исчисляется от стоимости случая по соответствующим тарифам, установленных настоящим Тарифным соглашением.

Раздел V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

17.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2020 года, действует по 31 декабря 2020 года и применяется при оплате медицинской помощи, завершённой после 01 января 2020 года.

17.2. С момента вступления в силу настоящего Тарифного соглашения утрачивает силу Тарифное соглашение на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

17.3. Внесение изменений в Тарифное соглашение:

17.3.1. все изменения в настоящее Тарифное соглашение рассматриваются на заседании Комиссии;

17.3.2. внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

17.4. Урегулирование вопросов относительно применения положений настоящего Тарифного соглашения осуществляется сторонами в порядке, установленном для внесения изменений и дополнений в Тарифное соглашение.

17.5. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета ТФОМС Пермского края на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, за исключением доходов, имеющих целевое назначение.

17.6. В целях обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС и соблюдения принципа «бюджетной нейтральности» по результатам мониторинга выполнения объемов и стоимости ТП ОМС могут вноситься изменения в тарифы на оплату медицинской помощи.

17.7. Неотъемлемыми частями настоящего Тарифного соглашения являются:

17.7.1. Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования Пермского края в 2020 году по условиям предоставления медицинской помощи и способам оплаты медицинской помощи, применяемых в медицинских организациях»;

17.7.2. Приложение № 2 «Методика определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

17.7.3. Приложение № 3 «Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях»;

17.7.4. Приложение № 4 «Размер финансового обеспечения фельдшерских

/фельдшерско-акушерских пунктов и коэффициенты, применяемые при расчете размера финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско – акушерских пунктов»;

17.7.5. Приложение № 5 «Тарифы на посещение и обращение по врачебной специальности (к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

17.7.6. Приложение № 6 «Тарифы на медицинские услуги»;

17.7.7. Приложение № 7 «Тарифы при оказании стоматологической медицинской помощи»;

17.7.8. Приложение № 8 «Критерии отнесения к КСГ случаев оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях»;

17.7.9. Приложение № 9 «Тарифы на оплату комплексного посещения при проведении диспансеризации, профилактических осмотров отдельных категорий граждан на 2020 год»;

17.7.10. Приложение № 10 «Перечни медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

17.7.11. Приложение № 11 «Правила отнесения случая лечения заболевания к клинико-статистическим группам, в том числе правила учета классификационных критериев»;

17.7.12. Приложение № 12 «Коэффициенты относительной затроемкости для клинико-статистических групп и управленческие коэффициенты при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

17.7.13. Приложение № 13 «Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу в условиях стационара»;

17.7.14. Приложение № 14 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи»;

17.7.15. Приложение № 15 «Коэффициенты относительной затроемкости для клинико-статистических групп и управленческие коэффициенты при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

17.7.16. Приложение № 16 «Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу в условиях дневного стационара»;

17.7.17. Приложение № 17 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

17.7.18. Приложение № 18 «Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

17.7.19. Приложение № 19 «Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи»;

17.7.20. Приложение № 20 «Тарифы на медицинские услуги диализа»;

17.7.21. Приложение № 21 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края»;

17.7.22. Приложение № 22 «Методика определения коэффициента подуровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях»;

17.7.23. Приложение № 23 «Перечень медицинских организаций (отделений), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, распределенных по

уровням и подуровням оказания медицинской помощи»;

17.7.24 Приложение № 24 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, распределенных по уровням и подуровням оказания медицинской помощи»;

17.7.25. Приложение № 25 «Порядок распределения расходов в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пермского края, по источникам финансового обеспечения».

Министр здравоохранения Пермского края,
Председатель Комиссии по разработке
территориальной программы обязательного
медицинского страхования Пермского края

_____ О.Б. Мелехова
«___» _____ 2019 г.

Директор
ТФОМС Пермского края

_____ Т.П. Мельникова
«___» _____ 2019 г.

Директор Пермского филиала
ООО «СМК РЕСО-Мед», полномочный представитель
Всероссийского союза страховщиков
по медицинскому страхованию на территории
Пермского края

_____ О.В. Кудрявцева
«___» _____ 2019 г.

Председатель Пермской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

_____ Г.А. Шабалин
«___» _____ 2019 г.

Председатель общественной организации
«Профессиональное медицинское сообщество
Пермского края»

_____ Ю.В. Каракулова
«___» _____ 2019 г.

Главный врач ГБУЗ ПК «Городская
клиническая поликлиника № 5»

_____ О.В. Сластихина
«_____» _____ 2019 г.