

Приложение № 3
к протоколу Комиссии по разработке
территориальной программы
обязательного медицинского
страхования Пермского края
от 22.12.2017 № 13

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2018 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2019 И 2020 ГОДОВ

(в редакции изменений от 31.01.2018, 26.02.2018, 21.03.2018, 25.04.2018, 30.05.2018, 29.06.2018, 27.07.2018, 28.08.2018, 28.09.2018)

г. Пермь

«22» декабря 2017 г.

Министерство здравоохранения Пермского края, в лице его представителя – и.о. министра здравоохранения Пермского края Матвеева Д.А.,

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

страховые медицинские организации, в лице их представителя – директора филиала АО «МАКС-М» в г. Перми Борисовой Е.Н.,

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 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 на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом, постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н (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 01.12.2010 № 230 (далее – Порядок проведения контроля), Требованиями к

структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200, 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 14.11.2017 № 66/11/19), постановлением Правительства Пермского края от 20.12.2017 №1048-п «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 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 – Страховая 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 – клинико-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 № 12 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. **Диспансеризация и профилактические осмотры** – все виды диспансеризаций и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.7. **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.

4.8. **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.

4.9. **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).

4.10. 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.

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

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

4.13. 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.

4.14. 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.

4.15. 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.

4.16. 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 прикрепившимся лицам.

4.17. 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).

4.18. 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.

4.19. 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.

4.20. 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.

4.21. 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.

4.22. 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, оказании услуг диализа. К прерванным случаям в целях оплаты медицинской помощи относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, установленных Таблицей 7 Приложения № 12 к настоящему Тарифному соглашению *(в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018)*.

4.23. Клинико-статистическая группа – 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).

4.24. 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.

4.25. Коэффициент относительной затратноемкости – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к базовой ставке.

4.26. 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 *(в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018)*.

4.27. 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 № 11 к настоящему Тарифному соглашению (в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018).

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 № 1 к настоящему Тарифному соглашению. 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 № 2 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:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказанную в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), и на не прикрепившихся лиц – в случаях оказания неотложной помощи и медицинской помощи новорожденным, получающим медицинскую помощь до оформления полиса ОМС по полису матери или другого законного представителя;

- за единицу объема медицинской помощи – посещение, обращение (законченный случай), медицинскую услугу при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории

которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

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 № 4 к настоящему Тарифному соглашению, с учетом средневзвешенных интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива, установленных Приложением № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

7.4. При расчете размера финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи по подушевым нормативам не учитываются средства на оплату:

- медицинской помощи, оказанной в стоматологических отделениях (кабинетах, МО);
- законченных случаев всех видов диспансеризаций и профилактических осмотров;
- медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья;
- консультаций врачами мобильных Центров здоровья и выездных поликлиник;
- медицинской помощи, оказанной на дому в неотложной форме медицинскими работниками отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи, по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению;
- амбулаторной хирургии;
- медицинская помощь, оказанная прикрепившимся лицам в случаях оказания неотложной помощи и медицинской помощи новорожденным, получающим медицинскую помощь до оформления полиса ОМС по полису матери или другого законного представителя;

- диализа в амбулаторных условиях *(в редакции изменений от 29.06.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2018).*

7.5. Перечень показателей результативности деятельности МО-Фондодержателей и критерии их оценки установлен Приложением № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

7.6. Тарифы на посещение врача (среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный прием), включающие расходы на посещение и расходы на проведение лечебно-диагностических мероприятий (Таблица 2 Приложения № 6), включает посещение врача – специалиста, проведение лабораторных, диагностических и инструментальных исследований при оказании амбулаторной медицинской помощи за исключением услуг, на которые Приложением № 7 к настоящему Тарифному соглашению установлены отдельные тарифы.

7.6.¹ В тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказываемой консультативными поликлиниками (Таблица 3 Приложения 6), в приемном отделении стационара (Таблица 4 Приложения 6), включены расходы на посещение врача-специалиста (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием) и расходы на оказание простых услуг, проведение КТ, МРТ *(в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018).*

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

7.8. 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.

7.9. Случай лечения заболевания считается завершенным 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.

7.10. 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.

7.11. Исключен *(в редакции изменений от 25.04.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2018)*.

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

7.12.1. по тарифу за законченный случай, выраженного в УЕТ, состоящего из тарифа законченного случая лечения по КСГ, выраженного в УЕТ, установленного Таблицей 1, Приложения № 8 к настоящему Тарифному соглашению в соответствии с группировщиками КСГ по стоматологии, и тарифа сложной комплексной услуги, выраженного в УЕТ, установленные Таблицей 2, Приложения № 8 к настоящему Тарифному соглашению;

7.12.2. по тарифу посещений и медицинских услуг в рамках незаконченного случая лечения заболевания, выраженного в УЕТ, установленные Таблицей 2 и Таблицей 3 Приложения № 8 к настоящему Тарифному соглашению, но не более общего количества УЕТ по КСГ при законченном случае лечения;

7.12.3. по тарифу посещений с профилактической целью, выраженного в УЕТ.

7.12.4. 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 № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

7.12.5. Исключен *(в редакции изменений от 25.04.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.05.2018)*.

7.12.6. Размер финансового обеспечения при оказании стоматологической помощи определяется исходя из общего количества УЕТ, составляющего случай, и стоимости 1 УЕТ.

7.12.7. Случаи оказания стоматологической помощи с разовыми посещениями по заболеванию (цель обращения - код 1), подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП.

7.12.8. 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 № 8 к настоящему Тарифному соглашению *(в редакции изменений от 30.05.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.06.2018)*.

7.13. Для оплаты случая проведения диспансеризации и профилактических осмотров в реестры счетов включаются проведенные ранее медицинские осмотры и исследования, давность которых не превышает сроки, установленные порядками их проведения, без применения тарифа, за исключением случаев проведения первого этапа диспансеризации

взрослого населения (далее – первый этап диспансеризации), которые выполнены в полном объеме.

Тарифы на оплату законченного случая диспансеризации отдельных категорий граждан установлены Приложением № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

Случай проведения первого этапа диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в полном объеме при условии выполнения в период его проведения не менее 85% от объема, установленного для данного возраста и пола, функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров, предусмотренных порядком их проведения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 № 869н (далее – объем диспансеризации). При этом обязательным является проведение опроса (анкетирования) и прием врача-терапевта.

В случае, если число врачебных осмотров, функциональных и лабораторных исследований, выполненных ранее и учитываемых в объеме диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, а общий объем диспансеризации при этом составляет 85% и более, оплата производится только за выполненные в период проведения первого этапа диспансеризации врачебные осмотры, функциональные и лабораторные исследования.

7.14. Оплата консультативной медицинской помощи осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению, в рамках фондодержания.

7.15. Оплата медицинской помощи выездной поликлиникой производится по тарифу услуги выездной поликлиники, установленному Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

7.16. Оплата амбулаторной хирургии осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 8 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению, вне фондодержания. При этом прием (осмотр, консультация) врача - специалиста с проведением хирургического вмешательства включает в себя проведение одной из услуг, установленных Таблицей 8 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению по соответствующему тарифу, которая в обязательном порядке указывается в реестре счетов *(в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018)*.

7.17. Оплата медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья при проведении комплексного обследования, осуществляется по тарифам, установленным приложением № 6 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 № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

7.18. Оплата медицинской помощи, оказанной на дому в неотложной форме медицинскими работниками отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи, осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

7.19. Оплата проведения флюорографических исследований осуществляется по тарифу, установленному Приложением № 7 к настоящему Тарифному соглашению. Данные медицинские услуги могут быть включены в реестр счетов без наличия направления, выданного МО-фондодержателем.

7.20. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и

в условиях дневного стационара по разным профилям, услуги амбулаторной помощи подлежат оплате в полном объеме.

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

7.21.1. в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре;

7.21.2. 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;

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

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 КСГ, в соответствии с Правилами, установленными Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

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;

8.1.3. за законченный случай лечения заболевания, при лечении которых применяются виды и методы лечения в соответствии с перечнем видов ВМП, включенных в Программу;

8.1.4. по тарифу услуг диализа, рассчитанному исходя из базового тарифа на оплату диализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») с использованием коэффициентов относительной затратоемкости, а также коэффициента дифференциации 1,094, рассчитанного для Пермского края на 2018 год в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462, установленных Приложением № 22 к настоящему Тарифному соглашению, в дополнение к стоимости случая по соответствующей КСГ или группе ВМП *(в редакции изменений от 28.08.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.09.2018)*.

8.2. 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 затратоемкости по КСГ, установленный Приложением № 13 к настоящему Тарифному соглашению;

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД – коэффициент дифференциации, установленный Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению *(в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018)*.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ рассчитывается по формуле:

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

КУксг – управленческий коэффициент по КСГ, установленный Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению;

КПУСмо - коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для МО, в которой был пролечен пациент, установленный Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, установленный Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению. Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной 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 Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

8.3. 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 11 Приложения № 12 к настоящему Тарифному соглашению, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней.

Значение КСЛП определяется по следующей формуле:

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

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».

Случаи сверхдлительной госпитализации подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП (в редакции изменений от 21.03.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2018).

8.4. Оплата случаев госпитализации длительностью менее 3 дней включительно, за исключением случаев, установленных Таблицей 7 Приложения № 12 к настоящему Тарифному соглашению, производится в размере:

8.4.1. 80 % от стоимости случая, если пациенту была выполнена хирургическая операция либо другое вмешательство, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ (в редакции изменений от 21.03.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2018);

8.4.2. 50 % от стоимости случая, если основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз.

8.5. Оплата прерванных случаев лечения в стационаре, за исключением летальных исходов и случаев, установленных Таблицей 7 Приложения № 12 к настоящему

Тарифному соглашению, производится в размере:

8.5.1. 80 % от стоимости случая, если пациенту была выполнена хирургическая операция либо другое вмешательство, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ (*в редакции изменений от 21.03.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2018*);

8.5.2. 50 % от стоимости случая, если основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз.

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

8.6.1. 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, оплата производится по двум КСГ. Указанные случаи подлежат обязательной МЭЭ и ЭКМП;

8.6.2. 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 (*в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018*).

8.7. Оплата одного случая по двум КСГ подлежат:

8.7.1. случаи пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим диагнозам МКБ-10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2 (*в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018*);

8.7.2 случаи пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением по КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 4 «Родоразрешение», а также по КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 5 «Кесарево сечение» (*в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018*).

8.7.3. случаи при проведении медицинской реабилитации пациенту в той же МО по диагнозу, по которому осуществлялось лечение. Указанные случаи подлежат обязательной МЭЭ и ЭКМП.

8.8. Исключен (*в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018*).

8.9. 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.

8.10. При проведении в МО хирургических вмешательств выездной хирургической бригадой другой МО, оплата производится в размере 90% от стоимости случая по соответствующей КСГ.

8.11. Оплата обследования и/или предоперационной подготовки пациентов перед оказанием ВМП, требующих круглосуточного наблюдения, производится по стоимости случая по соответствующей КСГ с учетом правил, установленных п.п. 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.

8.12. 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 № 15 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. При этом размер стоимости случая на оплату по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать тариф на высокотехнологичную медицинскую помощь по соответствующему методу.

8.13. Критерием для определения условий оказания помощи по профилю «Медицинская реабилитация» служит оценка состояния по «Шкале Реабилитационной Маршрутизации» (далее – ШРМ). При оценке по ШРМ 3-4-5-6 пациенту может быть оказана медицинская реабилитация в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При этом 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 *(в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018)*.

8.14. 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.

8.15. 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».

8.16. 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.

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

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

8.19. К законченному случаю лечения заболевания в условиях круглосуточного стационара относятся случаи лечения при двукратном введении генно-инженерных биологических препаратов (этанерцепт, абатацепт, тоцилизумаб) с еженедельной схемой

их введения.

8.20. 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.

8.21. Критериями для определения оказания медицинской помощи по профилю «Герiatrics» служат оценка функциональной зависимости пациента в соответствии с индексом Бартела 60 баллов и менее, возраст пациента более 60 лет.

8.22. Критериями отнесения случая к реанимационным КСГ служат оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (SOFA) не менее 5 баллов и непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более.

8.23. Критериями отнесения случая лекарственной терапии злокачественных новообразования является схема лекарственной терапии.

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 № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

9.1.2. 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;

9.1.3. при проведении процедур диализа – по стоимости соответствующей КСГ и тарифу на услуги диализа за каждую выполненную услугу, рассчитанного исходя из базового тарифа на оплату диализа с использованием коэффициентов относительной затратноемкости, а также коэффициента дифференциации 1,094, рассчитанного для Пермского края на 2018 год в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462, установленных Приложением № 22 к настоящему Тарифному соглашению» *(в редакции изменений от 28.08.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.09.2018).*

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

$$CC = BC \times K_{3кcg} \times DK \times КУ, \text{ где} \quad (5)$$

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

$K_{3кcg}$ - коэффициент относительной затратноемкости по КСГ, установленный Приложением № 17 к настоящему Тарифному соглашению;

DK – коэффициент дифференциации, установленный Приложением № 18 к настоящему Тарифному соглашению *(в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018);*

$КУ_{кcg}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

9.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в качестве дополнительных критериев используются признаки, установленные

Приложением № 16 к настоящему Тарифному соглашению:

9.3.1. объем диагностических мероприятий, консультаций специалистов;

9.3.2. объем лечения;

9.3.3. показатели эффективности лечения.

9.4. Исключен *(в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018)*.

9.5. Оплата случаев госпитализации длительностью менее 3 дней включительно, за исключением случаев, по которым Приложением № 16 к настоящему Тарифному соглашению оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения, производится в размере:

9.5.1 80 % от стоимости случая, если пациенту была выполнена хирургическая операция либо другое вмешательство, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ *(в редакции изменений от 21.03.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2018)*;

9.5.2. 50 % от стоимости случая, если основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз.

9.6. Оплата прерванных случаев лечения в дневном стационаре производится в размере:

9.6.1. 80 % от стоимости случая по соответствующей КСГ, если пациенту была выполнена хирургическая операция либо другое вмешательство, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ *(в редакции изменений от 21.03.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.04.2018)*;

9.6.2. 50 % от стоимости случая по соответствующей КСГ, если основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз.

9.7. Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях дневного стационара проводится пациентам с оценкой состояния по ШРМ 2-3 *(в редакции изменений от 31.01.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018)*.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохlearной 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.

9.8. К законченному случаю лечения заболевания при проведении процедур диализа в условиях дневного стационара относится лечение в течение месяца. При этом в период лечения в условиях дневного стационара пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

В случае, если обеспечение пациента лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оплата медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях *(в редакции изменений от 29.06.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2018)*.

9.9. Дополнительными критериями отнесения случая проведения процедуры ЭКО является проведение отдельных этапов ЭКО и подтвержденное ультразвуковым исследованием наступление/отсутствие маточной беременности:

9.9.1. в случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов

ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ № 5;

9.9.2. в случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) либо если выполнены I и II этапы или I, II и III этапы без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по тарифу в размере 60% от КСГ № 5;

9.9.3. в случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов оплата осуществляется в размере 110% от КСГ № 5;

9.9.4. в случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, оплата случая госпитализации осуществляется в размере 19 % от КСГ № 5;

9.9.5. в случае проведения всех четырех этапов процедуры ЭКО и наступления маточной беременности, оплата осуществляется в размере 110% от общей стоимости процедуры ЭКО *(в редакции изменений от 26.02.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.02.2018)*.

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

9.11. 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.

9.12. К законченному случаю лечения заболевания в условиях дневного стационара относятся случаи лечения при двукратном введении генно-инженерных биологических препаратов (этанерцепт, абатацепт, тоцилизумаб) с еженедельной схемой их введения.

9.13. Критериями отнесения случая лекарственной терапии злокачественных новообразования является схема лекарственной терапии.

10. Оплата медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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):

10.1.1. по подушевому нормативу финансирования на застрахованных лиц, прикрепившихся к МО-фондодержателю территории обслуживания станции (отделения) скорой медицинской помощи;

10.1.2. за вызов при оказании скорой медицинской помощи специализированными бригадами ГАУЗ ПК «ГКБ № 3», ГБУЗ ПК «ДГКБ № 13», а также при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

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 № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

10.3. Стоимость вызова профильной бригады определяется по формуле:

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

Т – тариф на оплату стоимости вызова бригады СМП, установленный Приложением

№ 23 к настоящему Тарифному соглашению;

КРсмпп – районный коэффициент по МО, установленный Приложением № 20 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 медицинской организации оплачивается по тарифу отдельной услуги, установленной Приложением № 23 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 медицинских организаций, представленные в Таблице 1 (в редакции изменений от 29.06.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2018).

«11.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы МО, представленные в Таблице 1.

Таблица 1

Расходы МО, включаемые в тарифы

Расходы МО в соответствии с ТП ОМС	Коды видов расходов (КВР)	Код аналитики (Подстатья КОСГУ)	Вид расходов МО
1	2	3	4
Расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты	111 «фонд оплаты труда учреждений»	211 «заработная плата»	Расходы на выплату заработной платы, осуществляемые на основе трудовых договоров (эффективных контрактов) с работниками МО, участвующими в выполнении ТП ОМС, в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления<*>, а так же расходы МО, осуществляемые в рамках дополнительных соглашений к договорам на денежные выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и

1	2	3	4
	112 «Иные выплаты персоналу учреждений, за исключением фонда оплаты труда»	212 «прочие выплаты»	<p>медицинским сестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи.</p> <p>Расходы на дополнительные выплаты и компенсации, обусловленные условиями трудовых договоров (эффективных контрактов) с работниками, участвующими в выполнении ТП ОМС, в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления<*>.</p>
		262 «пособия по социальной помощи населению»	<p>Расходы на выплату в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, выходных пособий работникам, участвующим в выполнении ТП ОМС, при их увольнении, не связанным с реорганизацией, изменением структуры МО и иными организационно-штатными мероприятиями, приводящими к сокращению численности или штата МО.</p>
	119 «Взносы по обязательному социальному страхованию на выплаты по оплате труда работников и иные выплаты работникам учреждений»	213 «Начисления на выплаты по оплате труда»	<p>Расходы, связанные с начислениями на выплаты по оплате труда в соответствии с Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», а также страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.</p>
Приобретение лекарственных средств, расходных материалов (в том числе имплантируемых в организм человека), продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и	244 «Прочая закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд»	221 «услуги связи»	<p>Расходы на оплату услуг связи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - по договорам на оказание услуг связи в целях обеспечения собственных нужд МО; - по договорам на оказание услуг сотовой связи на основании утвержденного руководителем МО перечня должностей работников, которым в силу исполняемых ими обязанностей необходимо для выполнения ТП ОМС использование сотовой

1	2	3	4
<p>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.</p>			связи в пределах лимита, утвержденного руководителем МО.
		222 «транспортные услуги»	Расходы на приобретение транспортных услуг, необходимых МО, по договорам на оказание транспортных услуг в целях обеспечения собственных нужд МО.
		223 «коммунальные услуги»	Расходы по оплате договоров на оказание коммунальных услуг, необходимых МО.
		224 «арендная плата за пользование имуществом»	Расходы по договорам аренды имущества без права выкупа арендованного имущества
		224 «арендная плата за пользование имуществом»	Расходы, по оплате финансовой аренды (лизинга) за пользование медицинским оборудованием в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды, имущественного найма, проката)
		224 «арендная плата за пользование имуществом»	Расходы по договорам аренды (имущественного найма) автомобилей
		225 «Работы, услуги по содержанию имущества»	Расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с содержанием (обслуживанием), ремонтом нефинансовых активов, в том числе ремонтом и техническим обслуживанием транспортных средств, находящихся в собственности, оперативном управлении или аренде МО, в целях обеспечения собственных нужд МО, за исключением капитального ремонта.
226 «прочие работы, услуги»	Расходы на оплату услуг при проведении лабораторных, лабораторно-диагностических и инструментальных исследований, производимых другими организациями (индивидуальными предпринимателями), в случае отсутствия возможности проведения указанных исследований собственными силами данного МО, и программного диализа пациентам с терминальной стадией хронической почечной недостаточности,		

1	2	3	4
			включенным в соответствующий реестр пациентов.
		226 «прочие работы, услуги»	Расходы на оплату МО услуг по обеспечению застрахованных лиц лечебным питанием при оказании медицинской помощи в условиях стационара, предприятиями общественного питания (при отсутствии в МО своего пищеблока).
		226 «прочие работы, услуги»	Расходы на выполнение работ, оказание услуг, не отнесенных к кодам аналитики 221-225 (в том числе расходы МО по возмещению комиссионных вознаграждений банкам за осуществление операций со средствами ОМС), и расходы на оплату программного обеспечения в целях обеспечения собственных нужд МО в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления. Указанные выше договоры для признания расходов по ним экономически обоснованными должны содержать конкретный перечень услуг.
		310 «увеличение стоимости основных средств»	Расходы по оплате договоров на приобретение медицинского инструментария в соответствии с Общероссийским классификатором основных фондов (введен в действие приказом Росстандарта от 12.12.2014 № 2018-ст) (ред. от 13.10.2017)
		310 «увеличение стоимости основных средств» < **>	Расходы по оплате контрактов, договоров на приобретение производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до ста тысяч рублей за единицу
		310 «увеличение стоимости основных средств» < ***>	Расходы по оплате контрактов, договоров на приобретение основных средств (оборудование; вычислительная техника, транспортные средства, инструмент) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением

1	2	3	4
			<p>Правительства РФ от 01.01.2002 № 1 (ред. от 28.04.2018) «О Классификации основных средств, включаемых в амортизационные группы» и Общероссийским классификатором основных фондов» (введен в действие приказом Росстандарта от 12.12.2014 № 2018-ст) (ред. от 13.10.2017)</p>
		310 «увеличение стоимости основных средств»	<p>Расходы по выкупу предмета лизинга МО-лизингополучателем по договорам финансовой аренды (лизинга), если выкупная стоимость не превышает ста тысяч рублей и срок действия договора не превышает 3-х лет</p>
		340 «увеличение стоимости материальных запасов»	<p>Расходы по оплате договоров на приобретение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лекарственных препаратов в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2018 год (далее – Перечень), утвержденным нормативным актом Правительства Российской Федерации, а также лекарственных препаратов, не входящих в Перечень, в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями (протоколами); - перевязочных средств; - расходных материалов (в том числе расходы на приобретение медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках ТП ОМС в соответствии с Перечнем, утвержденным нормативным актом Правительства Российской Федерации, а также расходы на приобретение иных медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, предусмотренных стандартами и порядками оказания медицинской помощи); - медицинского инструментария со сроком службы до 12 месяцев,

1	2	3	4
			<p>независимо от его стоимости, а также медицинского инструментария, используемого в деятельности МО в течение периода, превышающего 12 месяцев, но не относящегося к основным средствам в соответствии с Общероссийским классификатором основных фондов;</p> <ul style="list-style-type: none"> - реактивов и химикатов; - стекла и химпосуды; - дезинфицирующих средств; - химреактивов, диагностикумов, расходных материалов для лабораторий.
		340 «увеличение стоимости материальных запасов»	<p>Расходы на питание:</p> <ul style="list-style-type: none"> - расходы по оплате договоров на приобретение продуктов питания для обеспечения необходимым лечебным питанием застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в условиях стационара, по нормам, утвержденным в установленном порядке; - расходы МО по обеспечению специальным питанием медицинских работников, работа которых связана с вредными и опасными для здоровья и жизни условиями труда.
		340 «увеличение стоимости материальных запасов»	<p>Расходы на приобретение мягкого инвентаря:</p> <ul style="list-style-type: none"> - расходы по оплате договоров на приобретение мягкого инвентаря, в том числе имущества, функционально ориентированного на охрану труда и технику безопасности, гражданскую оборону.
		340 «увеличение стоимости материальных запасов» < ** >	<p>Расходы по оплате договоров на приобретение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - горюче-смазочных материалов, включая специальное топливо; - всех видов котельно-печного топлива; - строительных материалов, используемых для текущего ремонта; - кухонного инвентаря; - хозяйственных материалов; - канцелярских принадлежностей; - запасных частей и (или)

1	2	3	4
			составных частей для машин и оборудования; - прочих материальных запасов.
	321 «Пособия, компенсации и иные социальные выплаты гражданам, кроме публичных нормативных обязательств»	262 «пособия по социальной помощи населению»	Расходы на выплату уволенным служащим (работникам) среднего месячного заработка на период трудоустройства, в случае их увольнения в связи с ликвидацией организации, иными организационно-штатными мероприятиями, приводящими к сокращению численности или штата работников организации, осуществляемые на основании статей 178 и 318 Трудового кодекса Российской Федерации
Прочие выплаты	831 «Исполнение судебных актов Российской Федерации и мировых соглашений по возмещению вреда, причиненного в результате незаконных действий (бездействия) органов государственной власти (государственных органов), органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов, а также в результате деятельности учреждений»	290 «прочие расходы» < **>	Расходы на возмещение убытков, причиненных незаконными действиями (бездействием) работников МО, оказывающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, в части возмещения застрахованным лицам: - расходов на приобретение застрахованными лицами лекарственных препаратов, включенных в Перечень, в соответствии формуляром лечения стационарного больного, согласованного и утвержденного в установленном порядке на основании стандартов медицинской помощи, а также лекарственных препаратов, не входящих в Перечень, в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями (протоколами), на основании актов СМО или Фонда; - возмещение убытков (ущерба), причиненных МО застрахованным лицам, в связи с взиманием платы с них (в том числе в виде оказания платных услуг) за медицинскую помощь, которая должна быть оказана МО (его работниками) в рамках ТП ОМС на соответствующий год, произведенных МО на основании актов СМО или Фонда, а также актов, оформленных по результатам ведомственного

1	2	3	4
			контроля качества медицинской помощи; - возмещение физическому лицу морального и физического вреда, взысканного по решению суда в связи с некачественным оказанием медицинской помощи.
	851 «Уплата налога на имущество организаций и земельного налога»	290 «прочие расходы»	Расходы на уплату налога на имущество МО и земельного налога в бюджеты всех уровней Российской Федерации.
	852 «Уплата прочих налогов, сборов»	290 «прочие расходы»	Расходы на уплату прочих налогов и сборов в бюджеты всех уровней Российской Федерации, расходы на уплату государственных пошлин и сборов, установленных законодательством Российской Федерации (в том числе расходы МО, связанные с получением лицензий на выполнение ТП ОМС).
	853 «Уплата иных платежей»	290 «прочие расходы» < **>	Расходы на уплату штрафов, установленных Приложением № 21 к настоящему Тарифному соглашению. Плата за негативное воздействие на окружающую среду.

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

<***> К производственному инвентарю относятся: мебель медицинская, холодильники и морозильные камеры, электроприборы для приготовления пищи, машины и приборы для механизации кухонных работ, электроприборы для нагрева жидкостей, электроприборы для отопления, электроприборы мягкой теплоты и излучатели (электроодеяла, электроподушки, электрогрелки, электробинты, электроковрики, электроматрасы и др.), машины посудомоечные, машины стиральные, электроприборы для глажения, электроприборы санитарно-гигиенические, емкости для хранения жидкостей и т.п.;

К хозяйственному инвентарю относятся предметы конторского и хозяйственного обзаведения, непосредственно не используемые в производственном процессе: мебель для административных помещений, изделия текстильные швейные (кроме одежды), ковры и ковровые изделия, часы, сейфы, несгораемые шкафы, бронированные двери и камеры, приборы бытовые электрообогревательные, предметы противопожарного назначения, спортивный инвентарь и т.п.

<***> за исключением расходов, отнесенных к КВР 243 «Закупка товаров, работ, услуг в целях капитального ремонта государственного (муниципального) имущества.

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

11.2¹ За счет средств финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, осуществляются, в том числе расходы

на приобретение единицы основных средств без ограничения стоимости (в редакции изменений от 29.06.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2018).

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

11.4. Распределение затрат по различным источникам финансирования (ОМС, бюджет, др.) производится в соответствии с Порядком определения подлежащих возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования расходов медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования Пермского края, утвержденного Министерством здравоохранения Пермского края и ТФОМС Пермского края от 15.05.2014 (в редакции изменений от 28.08.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018).

11.5. Остатки средств по состоянию на 01.01.2018, полученные за счет средств сверх базовой программы ОМС и отраженные в отчетности, установленной Фондом, расходуются МО в соответствии с [Порядком](#), утвержденным Министерством здравоохранения Пермского края.

11.6. За счет средств ОМС не возмещаются расходы МО:

11.6.1. Исключен (в редакции изменений от 29.06.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2018).

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

11.6.3. 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;

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

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

11.6.6. на уплату неустойки за нарушение договорных обязательств и других экономических санкций;

11.6.7. на разработку и проверку проектной и сметной документации для проведения капитального ремонта<*>;

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

11.6.9. 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. В случае установления Фондом 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 2018 год, составляет 4 494,06

рублей (в редакции изменений от 28.09.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018).

12.2. Размер подушевого норматива финансирования МО при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 3 534,08 рублей (в редакции изменений от 28.09.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.09.2018)..

12.3. Тарифы на оплату посещений и медицинских услуг в амбулаторных условиях установлены Приложениями №№ 6 – 8 к настоящему Тарифному соглашению.

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

12.5. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 22 к настоящему Тарифному соглашению (в редакции изменений от 29.06.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.07.2018).

13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях 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 5 287,70 рубля (в редакции изменений от 28.09.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018).

13.2. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара составляет 21 300 рублей (в редакции изменений от 28.09.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.09.2018).

13.3. Коэффициенты относительной затратоемкости установлены Приложением № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

13.4. Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ, установлены Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

13.5. Тарифы на оплату случаев лечения с применением методов ВМП установлены Приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

13.6. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 22 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 956,20 рубля (в редакции изменений от 28.09.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018).

14.2. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет 8 500 рублей (в редакции изменений от 28.09.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.09.2018).

14.3. Коэффициенты относительной затратоемкости установлены Приложением № 17 к настоящему Тарифному соглашению.

14.4. Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ, установлены Приложением № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

14.5. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 22 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 735,52 рублей.

15.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 726,20 рубля *(в редакции изменений от 28.09.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.09.2018)*.

15.3. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи установлены Приложением № 23 к настоящему Тарифному соглашению.

15.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, установлены Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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 2018 года, действует по 31 декабря 2020 года и применяется при оплате медицинской помощи, завершённой после 01 января 2018 года.

17.2. С момента вступления в силу настоящего Тарифного соглашения утрачивает силу Тарифное соглашение на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 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 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 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 «Информации для оформления счета на оплату»;

17.7.2. Приложение № 2 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования Пермского края в 2018 году по условиям предоставления медицинской помощи и способам оплаты медицинской помощи, применяемых в медицинских организациях»;

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

17.7.4. Приложение № 4 «Методика определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций»;

17.7.5. Приложение № 5 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций-Фондодержателей и критерии их оценки»;

17.7.6. Приложение № 6 «Тарифы на посещение по врачебной специальности (к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием)»;

17.7.7. Приложение № 7 «Тарифы на медицинские услуги»;

17.7.8. Приложение № 8 «Тарифы при оказании стоматологической медицинской помощи»;

17.7.9. Приложение № 9 «Критерии отнесения к КСГ случаев оказания стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях»;

17.7.10. Приложение № 10 «Тарифы на оплату законченного случая мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан»;

17.7.11. Приложение № 11 «Перечень медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

17.7.12. Приложение № 12 «Правила отнесения случая лечения заболевания к клинико-статистическим группам, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев»;

17.7.13. Приложение № 13 «Коэффициенты относительной затроемкости для клинико-статистических групп и управленческие коэффициенты при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

17.7.14. Приложение № 14 «Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания при его отнесении к соответствующей КСГ в условиях круглосуточного стационара»;

17.7.15. Приложение № 15 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи»;

17.7.16. Приложение № 16 «Критерии отнесения к КСГ случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

17.7.17. Приложение № 17 «Коэффициенты относительной затроемкости для клинико-статистических групп и управленческие коэффициенты при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

17.7.18. Приложение № 18 «Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания при его отнесении к соответствующей КСГ в условиях дневного стационара»;

17.7.19. Приложение № 19 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

17.7.20. Приложение № 20 «Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

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 и размер финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков и качества оказания медицинской помощи»;

17.7.22. Приложение № 22 «Тарифы на услуги диализа»;

17.7.23. Приложение № 23 «Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи»;

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

17.7.25. Приложение № 25 «Методика определения коэффициента подуровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях».

17.7.26. Приложение № 26 исключить (в редакции изменений от 28.08.2018 – распространяются на правоотношения, возникшие с 01.01.2018).

Председатель

Комиссии по разработке территориальной
программы Пермского края, 2018)
и.о. министра здравоохранения
Пермского края

_____ Д.А. Матвеев
« ____ » _____ 20__ г.

Директор
ТФОМС Пермского края

_____ Т.П. Мельникова
« ____ » _____ 20__ г.

Директор филиала АО «МАКС-М» в г. Перми

_____ Е.Н. Борисова
« ____ » _____ 20__ г.

Председатель Пермской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

_____ Г.А. Шабалин
« ____ » _____ 20__ г.

Председатель общественной организации
«Профессиональное медицинское сообщество
Пермского края»

_____ Ю.В. Каракулова
« ____ » _____ 20__ г.

Главный врач ГБУЗ ПК «Городская
клиническая поликлиника № 5»

_____ О.В. Сластихина
« ____ » _____ 20__ г.