

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Екатеринбург

«30» января 2017 года

Министерство здравоохранения Свердловской области в лице министра Трофимова И.М., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области в лице первого заместителя директора Деминой Т.В., страховые медицинские организации в лице председателя Правления СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО) Коноваловой Г.В., профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя Некоммерческого Партнерства «Медицинская Палата Свердловской области» Бадаева Ф.И., Свердловская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Забродина О.В., в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

Постановлением Правительства Свердловской области от 29.12.2016 № 955-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

Приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

Приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации»;

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и др.,

заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

1. Предмет Тарифного соглашения.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

2. Список сокращений

ОМС – обязательное медицинское страхование
Программа ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования
РФ – Российская Федерация
Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
МЗ СО – Министерство здравоохранения Свердловской области
ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования
МО – медицинская организация
СМО – страховая медицинская организация
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
СМП – скорая медицинская помощь
ССМП – станция скорой медицинской помощи
ОСМП – отделение скорой медицинской помощи медицинской организации
КСГ – клинико-статистическая группа болезней
КПГ – клинико-профильная группа
ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ОВП – общая врачебная практика
МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)
МЭК – медико-экономический контроль
МЭЭ – медико-экономическая экспертиза
ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи
КОСГУ – классификация операций сектора государственного управления
Комиссия – комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области
Правила – правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н.

3. Основные понятия и термины

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в стационаре – средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оплачиваемой на основе КСГ, в расчете на одного пролеченного пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного Программой ОМС (средняя стоимость одного случая госпитализации).

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в дневном стационаре – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на один законченный случай лечения, включенный в КСГ, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного Программой ОМС (средняя стоимость одного случая лечения в дневном стационаре).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – объем финансирования первичной медико-санитарной помощи по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, в расчете на одно застрахованное в Свердловской области лицо.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – объем финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное в Свердловской области лицо.

Внешние медицинские услуги - консультации врачей-специалистов, профилактические, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным по ОМС лицам, неприкрепленным к МО-исполнителю.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи – ежемесячный объем финансирования конкретной МО в расчете на одно прикрепившееся застрахованное лицо.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – ежемесячный объем финансирования станции (отделения) скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в зоне обслуживания.

Законченный случай лечения в стационаре (дневном стационаре) – совокупность медицинских услуг, оказанных пациенту от даты поступления до даты выбытия, в соответствии с порядками и (или) на основе стандартов оказания медицинской помощи с целью профилактики, медицинской реабилитации, диагностики и лечения заболеваний (в том числе выполнения хирургических операций) и состояний (включая беременность, роды и послеродовый период).

Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях - совокупность посещений и медицинских услуг, предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором цель обращения за медицинской помощью достигнута.

Законченный случай лечения заболевания по клинико-статистическим группам (КСГ) при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – предоставление медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ с оказанием услуг, предусмотренных стандартами и порядками оказания медицинской помощи, с первичного обращения до достижения клинического результата.

Незаконченный случай лечения при оказании стоматологической помощи – случай оказания медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ с недостигнутым результатом лечения.

Клинико-статистическая группа (КСГ) – группа клинически однородных случаев лечения, 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).

Коэффициент уровня – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

Коэффициент подуровня – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи (с учетом объективных критериев, обуславливающих различия в затратах на оказание медицинской помощи).

Коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе заболеваний – отношение затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний к базовой ставке финансирования (устанавливается Тарифным соглашением, учитывает стоимость усредненного набора медицинских услуг, входящих в стандарты медицинской помощи/предусмотренных порядками оказания медицинской помощи при заболеваниях, входящих в группу).

Коэффициент половозрастных затрат – коэффициент, учитывающий уровень потребления ПМСП лицами, застрахованными в Свердловской области, в разрезе половозрастных категорий населения.

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

Коэффициент дифференциации подушевого норматива – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах МО на оказание медицинской помощи прикрепленным лицам.

Медицинская организация-исполнитель (МО-исполнитель) – организация, участвующая в реализации Программы ОМС и оказывающая медицинские услуги застрахованным лицам, не прикрепленным к данной МО (внешние медицинские услуги), либо организация, не имеющая прикрепленного населения.

Медицинские организации, имеющие прикрепленное население – МО, участвующие в реализации Программы ОМС и имеющие прикрепленных по территориально-участковому принципу лиц, застрахованных по ОМС в Свердловской области, оплата медицинской помощи которым

осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу на прикрепившихся лиц (является МО-исполнителем в случае оказания медицинских услуг неприкрепленному населению).

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения – МО, участвующие в реализации Программы ОМС, организационная структура которых не предусматривает наличие территориально-участкового принципа обслуживания населения (фельдшерских, терапевтических (в том числе цеховых), врача общей практики (семейного врача), комплексных, приписных участков).

Номенклатура медицинских услуг (далее – Номенклатура) - перечень медицинских услуг, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1664н.

Прерванный случай оказания медицинской помощи – случай лечения в условиях стационара и дневного стационара, при котором лечебные мероприятия, регламентированные стандартами и (или) порядками оказания медицинской помощи, выполнены не в полном объеме.

Прикрепленные застрахованные – застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепленные к МО для получения ПМСП по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ.

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (законченный случай лечения, посещение, вызов скорой медицинской помощи, услуга), на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной Программой ОМС.

Управленческий коэффициент – поправочный коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и/или учета особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.

Установленный объем медицинской помощи – годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (вызов, посещение, обращение, случай госпитализации в условиях стационара, случай лечения в условиях дневного стационара), установленный для МО решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, с разбивкой по кварталам.

4. Общие положения.

4.1. Финансовым источником формирования тарифов на оплату медицинской помощи являются средства обязательного медицинского страхования, предусмотренные законом Свердловской области от 19.12.2016 № 155-ОЗ «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного

медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» в части финансового обеспечения Программы ОМС.

4.2. С целью поддержания системы ОМС в состоянии финансового равновесия, при изменении соотношения доходной и расходной части бюджета ТФОМС, может производиться изменение размера действующих тарифов на оплату медицинской помощи.

4.3. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их размер и структуру, осуществляется в соответствии со способами оплаты и средними нормативами финансовых затрат, установленными Программой ОМС.

Тарифы формируются в соответствии с методикой расчета, установленной Правилами, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для МО, независимо от организационно-правовой формы, оказывающих медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках Программы ОМС.

4.4. Тарифы на оплату медицинской помощи утверждаются настоящим Тарифным соглашением, являются приложением к нему, выражаются в денежном эквиваленте и оформляются в электронном виде справочником тарифов.

4.5. Для оплаты медицинской помощи, оказываемой отделениями МО, осуществляющими деятельность:

- на территории административно-территориальных единиц, приравненных к районам Крайнего Севера (городские округа Ивдель, Карпинск, Краснотурьинск, Североуральск, Гаринский и Таборинский муниципальные районы), к тарифам применяется коэффициент дифференциации в размере **1,03** (с учетом районного коэффициента и надбавок к заработной плате за работу в указанных районах и местностях с тяжелыми климатическими условиями);

- на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО) (г. Лесной, г. Новоуральск, п. Свободный, п. Уральский) – коэффициент дифференциации в размере **1,2** при оказании медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (за исключением ВМП, услуг гемодиализа, телемедицинских консультаций).

4.6. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, производится в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по условиям ее оказания и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи осуществляется по способам оплаты, установленным Программой ОМС.

Возмещение расходов медицинской организации по выплате заработной платы и расходов по другим статьям, включенным в территориальные

нормативы финансовых затрат, в случае невыполнения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, не является обязательством системы ОМС.

4.7. При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь применяются тарифы, действующие на дату завершения случая лечения, указанную в медицинской документации (история болезни, талон амбулаторного пациента и т.д.).

5. Способы оплаты медицинской помощи.

5.1. При реализации Программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

5.1.1. при оплате медицинской помощи, оказываемой **в амбулаторных условиях**:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, по видам, не включенным в подушевой норматив финансирования, а также лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах Российской Федерации;

5.1.2. при оплате медицинской помощи, оказываемой **в стационарных условиях**:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ);

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;

за случай лечения в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленными для оплаты заболеваний, при которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Программу ОМС;

за отдельную медицинскую услугу по перечню и тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

5.1.3. при оплате медицинской помощи, оказываемой **в условиях дневного стационара**:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний по стоимости КСГ;

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;

за отдельную медицинскую услугу по перечню и тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

5.1.4. при оплате **скорой медицинской помощи**, оказываемой вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу на обслуживаемое население в сочетании с оплатой за выполненный вызов;

по тарифам за выполненный вызов при оказании медицинской помощи выездными специализированными консультативными бригадами подразделений экстренной консультативной скорой медицинской помощи в структуре медицинских организаций;

по тарифам за выполненный вызов – при оплате медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах РФ.

5.2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

5.2.1. Перечень МО, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, приведен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

5.2.2. Перечень МО, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

5.2.3. Медицинские организации/структурные подразделения МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в соответствии с нормативными документами МЗ СО, определяющими маршрутизацию пациентов, распределяются по уровням оказания медицинской помощи:

уровень 1:

отделения в составе МО, оказывающие первичную (доврачебную, врачебную, специализированную) медико-санитарную помощь в пределах муниципального образования, а также внутригородского района (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках);

приемные отделения стационаров вне зависимости от уровня стационара при оказании медицинской помощи негоспитализированным пациентам;

уровень 2:

отделения в составе МО, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь населению нескольких муниципальных образований/городских округов (в условиях консультативно-диагностического отделения, кабинета) по перечню специальностей в соответствии с маршрутизацией потока пациентов;

консультативно-диагностические поликлиники, не имеющие прикрепленного населения, оказывающие специализированную консультативную медико-санитарную помощь в пределах Свердловской области;

уровень 2.1:

отделения в составе федеральных медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов РФ (ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» (339), ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» (717).

5.2.4. 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:

стоматологической помощи;

медицинских услуг в Центрах здоровья;

законченных случаев диспансеризации отдельных категорий граждан, Порядок проведения которой установлен нормативными документами Минздрава России;

законченных случаев профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, проводимых в рамках приказа Министерства здравоохранения РФ от 21.11.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», кроме случаев осмотра детей:

в возрасте 2,4,5,7,8,10,11 месяцев, 1 года 3 месяцев, 1 года 9 месяцев, 2 лет 6 месяцев, включающих осмотр врача-педиатра (код стандарта 6443),

в возрасте 9 месяцев, 1 года 6 месяцев, включающих осмотр врача-педиатра и проведение исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи) (код стандарта 6446);

медицинских осмотров при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них (стандарты 6492-6497, 6478);

диагностических исследований методом позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией;

медицинских услуг по прерыванию беременности медикаментозным абортом;

заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа.

Оплата медицинской помощи по видам, не включенным в подушевой норматив финансирования, производится за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

5.2.5. Подушевой норматив финансирования включает финансовые средства на оплату собственной деятельности МО (по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках подушевого финансирования), а также средства на оплату внешних услуг, оказанных прикрепленным к данной МО застрахованным лицам в иных МО-исполнителях.

5.2.6. Сумма средств подушевого финансирования МО на прикрепившихся лиц определяется по дифференцированным подушевым нормативам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Методика определения дифференцированных подушевых нормативов приведена в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

5.2.7. Месячный объем финансовых средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, имеющей прикрепившихся застрахованных лиц, определяется по формуле:

$$ОСапп = ОСпнф + ОСео, \text{ где} \quad (1)$$

ОСпнф – финансовый результат МО по средствам подушевого финансирования;

ОСео – оплата фактически оказанных объемов медицинской помощи по видам, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи по установленным тарифам (за посещение, за обращение (законченный случай), за услугу);

Финансовый результат МО по средствам подушевого финансирования (**ОСпнф**) ежемесячно рассчитывается ТФОМС централизованно после полной загрузки реестров медицинских услуг по формуле:

$$ОСпнф = Рпнф(мо) - Свн + Сввн, \text{ где} \quad (2)$$

Рпнф(мо) – расчетный объем средств по дифференцированному подушевому нормативу МО, определяется в соответствии с Методикой (приложение 3 к Тарифному соглашению),

Свн – стоимость внешних медицинских услуг, оказанных прикрепленным лицам иными МО-исполнителями, по установленным тарифам,

Сввн – сумма средств за предыдущие отчетные периоды, признанная необоснованно удержанной с МО по результатам экспертного контроля медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем неприкрепленным застрахованным лицам, удержанная с МО-исполнителя и подлежащая восстановлению МО, к которой прикреплено застрахованное лицо.

В случае если сумма по взаиморасчетам с другими МО расчетного периода по данной СМО превышает сумму подушевого финансирования, разница учитывается со знаком «-» при расчете финансового результата следующего отчетного месяца.

5.2.8. Месячный объем финансового обеспечения МО, не имеющей прикрепившихся лиц, определяется как совокупная стоимость фактически оказанных медицинских услуг (посещений, обращений (законченных случаев), медицинских услуг) по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

5.2.9. Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, устанавливаются в расчете на единицу объема медицинской помощи:

посещение врача соответствующей специальности,
посещение к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием,
законченный случай лечения заболевания при оказании стоматологической помощи,
медицинскую услугу (по перечню, установленному настоящим Тарифным соглашением).

Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, используются:

для оплаты медицинской помощи (по видам, не включенным в подушевое финансирование; в МО, не имеющих прикрепленного населения; лицам, неприкрепленным к МО; лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах РФ);

для осуществления взаиморасчетов между МО в рамках подушевого финансирования;

для расчета коэффициентов половозрастных затрат;

для расчета суммы, не подлежащей оплате (уменьшению оплаты) по результатам контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

5.2.10. Тариф посещения включает расходы на посещение врача соответствующей специальности (среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный прием) и расходы вспомогательных лечебно-диагностических подразделений на проведение необходимых диагностических исследований и лечебных процедур, за исключением услуг, на которые данным Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

Амбулаторные хирургические вмешательства при оказании медицинской помощи по перечню, установленному настоящим Тарифным соглашением, не входят в тариф посещения и оплачиваются по отдельным тарифам на медицинские услуги амбулаторной хирургии.

Тариф на оплату медикаментозного аборта (услуга В03.099.027) включает также стоимость применяемых лекарственных препаратов.

5.2.11. Случай оказания амбулаторной медицинской помощи включает совокупность медицинских услуг (посещений, лечебно-диагностических услуг) в количестве от одной и более. Набор услуг в составе случая определяется стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Стоимость случая оказания амбулаторной медицинской помощи определяется как совокупная стоимость фактически оказанных медицинских услуг по установленным тарифам.

5.2.12. Тарифы посещений дифференцируются по специальностям врачей и видам приемов (первичный, повторный, профилактический, диспансерный, неотложная помощь), категории обслуживаемого населения (взрослые, дети), уровням отделений.

5.2.13. Обращения с профилактической целью в рамках проведения: профилактических медицинских осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, включая предварительные и периодические осмотры, диспансеризации отдельных категорий граждан предъявляются к оплате после полного завершения осмотров, обследования и вынесения соответствующего заключения.

Стоимость случая диспансеризации (профилактического осмотра) включает совокупную стоимость фактически оказанных услуг, предусмотренных Порядками, утвержденными нормативными документами Минздрава России. по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Посещения врача-психиатра в рамках диспансеризации отдельных групп детского населения не тарифицируются и учитываются в реестрах без оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования.

5.2.14. Единицей объема медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья, организованных в составе МО, являются:

а) первичное посещение впервые обратившихся в отчетном году граждан для проведения комплексного обследования в Центре здоровья;

б) посещение граждан, обратившихся для динамического наблюдения, по рекомендации врача Центра здоровья.

Стоимость случая обращения пациента в Центр здоровья определяется как сумма тарифа посещения врача-терапевта/врача-педиатра на профилактическом приеме и тарифа на комплекс исследований:

при первичном обращении (один раз в календарном году)

при повторном посещении для динамического наблюдения.

Проводимые исследования для ранней диагностики заболеваний глаз, услуги гигиениста стоматологического по обучению гигиене полости рта оплачиваются по отдельным тарифам.

5.2.15. При оказании **стоматологической медицинской помощи** оплата осуществляется:

по тарифам за посещение к врачу-стоматологу/зубному врачу (посещения в рамках незаконченного случая лечения, профилактический прием, диспансерный прием);

по тарифу за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ).

Законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ при оказании стоматологической помощи – это предоставление медицинской помощи с оказанием услуг, определенных для данной КСГ стандартом диагностики и лечения в соответствии с приказом МЗ СО от 31.07.2014 № 993-п «Об утверждении клинико-статистических групп при оказании медицинской помощи взрослому и детскому населению Свердловской области при стоматологических заболеваниях», с первичного обращения до достижения клинического результата (выздоровление, восстановление коронки зуба пломбой и т.д.), при отсутствии необходимости повторного обращения.

Тарифы на случай лечения по КСГ установлены в соответствии с суммарной трудоемкостью услуг, включенных в стандарт диагностики и лечения по группе заболеваний, выраженной в условных единицах УЕТ.

Незаконченный случай лечения в стоматологии – случай оказания медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ, но с недостижимым результатом лечения. Незаконченный случай лечения оплачивается по тарифу посещения, но не более трех посещений.

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача стоматолога/зубного врача оплачивается в рамках специализированной медицинской помощи детям при заболеваниях полости рта, оказываемой ГБУЗ СО «ДКБВЛ НПЦ «Бонум».

5.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

5.3.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в приложении 4 к настоящему Соглашению.

5.3.2. Стоимость законченного случая лечения в рамках оплаты по КСГ (Скsg) определяется на основе следующих параметров:

- базовой ставки финансирования стационарной медицинской помощи;
- коэффициента относительной затратноности по КСГ;
- коэффициента дифференциации;
- поправочного коэффициента, учитывающего:
 - управленческий коэффициент
 - коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи
 - коэффициент сложности лечения пациента

по формуле:

$$C(кsg) = BC * KЗкsg * ПК * КДст, \text{ где} \tag{1}$$

BC – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках Программы ОМС (средняя

стоимость 1 случая лечения, включенного в КСГ); рассчитывается, исходя из объема средств на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным Программой ОМС, в расчете на 1 пролеченного пациента, за исключением средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется вне системы КСГ (ВМП по перечню видов и методов, включенных в Программу ОМС, процедуры диализа с применением различных методов),

КЗксг – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне),

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая,

КДст – коэффициент дифференциации, установленный для оплаты медицинской помощи, оказываемой отделениями МО, осуществляющими деятельность на территории административно-территориальных единиц, приравненных к районам Крайнего Севера, и/или на территории закрытых административно-территориальных образований, в соответствии с п. 4.5. настоящего Тарифного соглашения.

Интегрированный поправочный коэффициент (**ПК**) для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$\mathbf{ПК} = \mathbf{КУксг} * \mathbf{КУСмо} * \mathbf{КСЛП}, \text{ где} \quad (2)$$

КУксг – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ для всех уровней оказания медицинской помощи

КУСмо – коэффициент уровня/подуровня оказания стационарной медицинской помощи в отделении медицинской организации, в котором был пролечен пациент (за исключением случаев, отнесенных к КСГ, стоимость которых не дифференцируется по уровням стационара, согласно приложению 13Б к настоящему Тарифному соглашению);

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев и в размере согласно приложениям 13В, 13Е к настоящему Тарифному соглашению.

5.3.3. Если медицинская помощь оказана пациенту в период одной госпитализации в разных отделениях стационара по двум заболеваниям, относящимся к разным классам МКБ-10, оплачиваются отдельно две КСГ случая лечения, каждая по соответствующему тарифу. При этом правила определения оплаты случая с длительностью 3 дня и менее/сверхдлительного случая лечения применяются для каждой КСГ случая, правило определения прерванного случая применяется для КСГ с более поздними сроками лечения.

Если медицинская помощь оказывается пациенту в период одной госпитализации в двух отделениях по двум заболеваниям, относящимся к

одному классу МКБ-10, оплачивается случай лечения в целом по одной КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости (в случае равных коэффициентов затратоемкости – по КСГ с более поздними сроками лечения). При этом для определения оплаты случая с длительностью 3 дня и менее/сверхдлительного/прерванного случая лечения используется суммарное количество дней госпитализации.

Дата перевода пациента из одного отделения должна соответствовать дате поступления в другое отделение.

При оказании в рамках одной госпитализации высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи в порядке комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов и продолжения лечения после оказания ВМП, оплата производится следующим образом: ВМП оплачивается по нормативам стоимости ВМП, КСГ - по правилам, описанным выше.

Все случаи применения двух тарифов КСГ в период одной госпитализации подлежат обязательной экспертизе.

5.3.4. Случаи госпитализации длительностью 3 дня и менее (независимо от исхода и результата лечения) оплачиваются в размере 20% от стоимости соответствующей КСГ – при оказании медицинской помощи взрослым, 50% от стоимости КСГ - при оказании медицинской помощи детям, за исключением КСГ, по которым:

- оплата производится в полном объеме по стоимости КСГ независимо от длительности пребывания в стационаре (отмечены знаком «100%» в отдельной графе приложения 13 к настоящему Тарифному соглашению);

- оплата производится в размере 80% стоимости КСГ, независимо от длительности и результата лечения, если пациенту в период госпитализации была проведена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ (отмечены знаком «80%» в отдельной графе приложения 13 к настоящему Тарифному соглашению).

5.3.5. Случаи лечения длительностью более 3-х дней и прерванные по причинам:

- перевод пациента в другую МО (результат госпитализации 102 «Переведен в другое ЛПУ»),

- письменный отказ пациента от дальнейшего лечения (107 «Лечение прервано по инициативе пациента»),

- летальный исход (результат госпитализации -105-«Умер»)

оплачиваются в размере 50% стоимости КСГ, за исключением случаев оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, которые оплачиваются в полном объеме по стоимости соответствующей КСГ.

5.3.6. При сверхдлительных сроках госпитализации (более 30 дней/45 дней по отдельным КСГ), обусловленных медицинскими показаниями, оплата специализированной медицинской помощи производится с применением коэффициента, учитывающего компенсацию расходов на медикаменты и

расходные материалы в профильном отделении, на питание больного. Значение коэффициента определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней по формуле:

$$\text{КСКП} = 1 + \frac{\text{ФКД} - \text{НКД}}{\text{НКД}} \times \text{Кдл}, \text{ где} \quad (3)$$

ФКД – фактическое количество койко-дней (в случаях предъявления в рамках одной госпитализации 2-х КСГ за оказание медицинской помощи в различных отделениях по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, в фактическое количество койко-дней включается сумма дней пребывания пациента в стационаре по этим КСГ),

НКД – нормативное количество койко-дней (30, кроме КСГ, перечисленных в приложении 13Д, для которых нормативный срок - 45 дней),

Кдл – коэффициент длительности в размере 0,25.

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

5.3.8. Высокотехнологичная медицинская помощь по видам и методам, включенным в раздел I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Программу ОМС, оплачивается по тарифам в соответствии с нормативом финансовых затрат, установленным базовой программой ОМС на единицу объема предоставления медицинской помощи, с применением коэффициента дифференциации (определенного для Свердловской области в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462), применяемого к доле расходов на заработную плату согласно разъяснениям МЗ РФ от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 по вопросам формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов.

5.3.9. Случай лечения в стационаре включает совокупную стоимость медицинских услуг, оказанных пациенту в период его нахождения в стационаре, в том числе при оказании специализированной медицинской помощи в профильном отделении (отделениях) по стоимости КСГ, при оказании пациенту ВМП по нормативам стоимости ВМП, при оказании услуг по перечню и тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Все случаи применения двух тарифов (КСГ, ВМП) в период одной госпитализации подлежат обязательной экспертизе.

5.3.10. Оплата за медицинскую услугу (дополнительно к стоимости КСГ/ВМП), оказанную пациенту в период его нахождения в стационаре, производится в случаях:

- проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью заместительной почечной терапии методами диализа - за количество фактически проведенных услуг по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением;

- обращения МО за телемедицинской консультацией при оказании медицинской помощи пациенту – за количество фактически проведенных услуг (сеансов связи).

5.3.11. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения врача соответствующей специальности и/или по тарифам медицинских услуг.

5.4. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

5.4.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в приложении 5 к настоящему Соглашению.

5.4.2. Объем финансового обеспечения МО, оказывающей медицинскую помощь в условиях дневного стационара, определяется на основе следующих параметров:

- базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара;

- коэффициент относительной затроемкости по КСГ,

- коэффициент дифференциации,

- поправочный коэффициент, учитывающий:

управленческий коэффициент

коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи;

5.4.3. Стоимость случая лечения по КСГ в дневном стационаре (Сдс) определяется по формуле:

$$\text{Сдс} = \text{БСдс} * \text{КЗксг} * \text{ПК} * \text{КДст}, \text{ где} \quad (1)$$

БСдс – базовая ставка финансирования в условиях дневного стационара, рассчитывается, исходя из объема средств на финансовое обеспечение стационарозамещающей медицинской помощи в рамках Программы ОМС (за вычетом средств на оплату процедур диализа), в расчете на один случай;

КЗксг – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне);

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КДст – коэффициент дифференциации, установленный для оплаты медицинской помощи, оказываемой отделениями МО, осуществляющими деятельность на территории административно-территориальных единиц, приравненных к районам Крайнего Севера, и/или на территории закрытых

административно-территориальных образований, в соответствии с п. 4.5. настоящего Тарифного соглашения.

Интегрированный поправочный коэффициент (**ПК**) для конкретного случая рассчитывается по формуле:

$$\text{ПК} = \text{КУксг} * \text{КУСмо}, \text{ где} \quad (2)$$

КУксг – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай,

КУСмо – коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи, устанавливается в размере **1** для всех МО/отделений МО.

5.4.4. Случаи госпитализации длительностью 3 дня и менее (независимо от исхода и результата лечения) оплачиваются в размере 20% от стоимости соответствующей КСГ – при оказании медицинской помощи взрослым, 50% от стоимости КСГ - при оказании медицинской помощи детям, за исключением КСГ, по которым:

- оплата производится в полном объеме по стоимости КСГ независимо от длительности пребывания в стационаре (отмечены знаком «100%» в отдельной графе приложения 16 к настоящему Тарифному соглашению);

- оплата производится в размере 80% стоимости КСГ, независимо от длительности и исхода лечения, если пациенту в период госпитализации была проведена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ (отмечены знаком «80%» в отдельной графе приложения 16 к настоящему Тарифному соглашению).

5.4.5. Случаи лечения длительностью более 3-х дней и прерванные по причинам:

- перевод пациента в другую МО (результат госпитализации 202 «Переведен в другое ЛПУ»),

- письменный отказ пациента от дальнейшего лечения (207 «Лечение прервано по инициативе пациента»),

- летальный исход (результат госпитализации -205-«Умер») оплачиваются в размере 50% от стоимости КСГ.

5.4.6. Срок лечения в дневном стационаре определяется от даты поступления до дня выписки из дневного стационара (день госпитализации и день выписки считается за два дня).

5.4.7. Оплата за медицинскую услугу, оказанную пациенту в период его лечения в дневном стационаре (дополнительно к стоимости КСГ), производится в случаях:

- проведения гемодиализа пациенту с хронической почечной недостаточностью за период его лечения в дневном стационаре по КСГ 40.1. «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» - за количество

фактически проведенных сеансов по тарифам услуг, установленных настоящим Тарифным соглашением.

5.5. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи.

5.5.1. Перечень МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведен в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

5.5.2. Месячный объем финансирования МО, оказывающей скорую медицинскую помощь (**ФОсмп**), определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности населения в зоне обслуживания и объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, по формуле:

$$\text{ФОсмп} = \sum \text{ДПН(смп)} * \text{Чз(смоі)} + \sum \text{Ку} * \text{Ту}, \text{ где}$$

ДПН(смп) – дифференцированный подушевой норматив для данной МО, устанавливается Тарифным соглашением, определяется в соответствии с Методикой согласно приложению 7 к настоящему Тарифному соглашению;

Чз(смоі) – численность застрахованных лиц в зоне обслуживания данной ССМП (ОСМП), застрахованного данной СМО (по состоянию на первое число расчетного периода);

Ку – количество услуг, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (вызов),

Ту – тариф вызова.

Месячный объем финансирования по дифференцированным подушевым нормативам рассчитывается ТФОМС в разрезе СМО, приказом доводится до МО и СМО.

5.5.3. Тарифы для оплаты скорой медицинской помощи устанавливаются в расчете:

на выполненный вызов с дифференциацией по профилю (общепрофильная, специализированная, экстренная выездная консультативная специализированная) и составу (врачебная, фельдшерская) бригады, и оказываемым услугам (медицинская эвакуация, санитарная транспортировка, проведение тромболитической терапии).

6. Структура тарифов на оплату медицинской помощи.

6.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включают расходы медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по

Программе ОМС по следующим статьям и подстатьям классификации операций сектора государственного управления (КОСГУ):

«Заработная плата» (подстатья КОСГУ **211**) в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Свердловской области.

При формировании величины тарифов в части оплаты труда работников медицинских организаций учитываются средства на осуществление денежных выплат стимулирующего характера за результаты труда и качество оказываемых услуг:

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

- медицинским работникам ФАП (заведующим ФАП, фельдшерам, акушеркам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений СМП за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

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

При формировании величины тарифов в части оплаты труда работников медицинских организаций не учитываются и в структуру тарифа не входят:

- доплаты к заработной плате, устанавливаемые органами местного самоуправления муниципальных образований Свердловской области сверх доплат, утвержденных нормативными правовыми актами Российской Федерации и Свердловской области;

- установление надбавок, доплат, повышений и других выплат к заработной плате работникам медицинских организаций ведомственного подчинения и частной формы собственности сверх размеров, установленных законодательством Российской Федерации и Свердловской области.

«Прочие выплаты» (подстатья КОСГУ **212**), осуществляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации.

«Начисления на выплаты по оплате труда» (подстатья КОСГУ **213**) устанавливаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

«Услуги связи» (подстатья КОСГУ **221**):

- в части расходов по оплате услуг почтовой связи;
- в части расходов по оплате услуг фельдъегерской и специальной связи;
- в части расходов по оплате услуг телефонно-телеграфной, факсимильной, сотовой, пейджинговой связи, радиосвязи, интернет – провайдеров;
- другие расходы по оплате услуг связи.

«Транспортные услуги» (подстатья КОСГУ **222**):

- в части расходов по оплате договоров на приобретение транспортных услуг, оказание услуг перевозки;

- в части расходов по оплате договоров на оказание услуг по перевозке грузов;

- другие расходы по оплате транспортных услуг.

«Коммунальные услуги» (подстатья КОСГУ 223):

- в части расходов по оплате услуг отопления, горячего и холодного водоснабжения, предоставления газа и электроэнергии;

- другие расходы по оплате коммунальных услуг.

«Арендная плата за пользование имуществом» (подстатья КОСГУ 224).

«Работы, услуги по содержанию имущества» (подстатья КОСГУ 225):

- в части расходов по оплате содержания в чистоте помещений, зданий, дворов, иного имущества;

- в части расходов по оплате текущего ремонта нефинансовых активов (за исключением расходов на капитальный ремонт);

- в части расходов по оплате противопожарных мероприятий, связанных с содержанием имущества;

- в части расходов по оплате пусконаладочных работ;

- расходы на оплату работ (услуг), осуществляемые в целях соблюдения нормативных предписаний по эксплуатации (содержанию) имущества, а также в целях определения его технического состояния;

- проведение бактериологических исследований воздуха в помещениях, а также проведение бактериологических исследований иных нефинансовых активов (перевязочного материала, инструментов и т.п.);

- замазка, оклейка окон;

- заправка картриджей;

- другие расходы по содержанию имущества.

«Прочие работы, услуги» (подстатья КОСГУ 226):

- в части расходов по оплате услуг по организации питания пациентов, находящихся в стационарах круглосуточного пребывания, при отсутствии организованного питания в медицинской организации;

- в части расходов по оплате стоимости анализов и инструментальных исследований, производимых в других медицинских организациях при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования;

- в части расходов по оплате монтажных работ;

- в части расходов по оплате услуг по страхованию имущества, гражданской ответственности и здоровья;

- в части расходов по оплате услуг в области информационных технологий;

- в части расходов по оплате типографических работ и услуг;

- в части расходов по оплате медицинских услуг и санитарно – эпидемиологических работ и услуг;

- в части других расходов медицинских организаций по оплате иных работ и услуг в целях обеспечения собственных нужд.

«Прочие расходы» (статья КОСГУ 290):

- в части расходов медицинских организаций на уплату налогов, государственных пошлин и сборов в бюджеты всех уровней;

- уплата штрафов, пеней за несвоевременную уплату налогов и сборов, оплата санкций за несвоевременную оплату поставки товаров, работ, услуг, других экономических санкций;

- в части расходов медицинских организаций на приобретение подарочной и сувенирной продукции, не предназначенной для дальнейшей перепродажи;

- в части представительских расходов, прием и обслуживание делегаций;
- в части расходов медицинских организаций на возмещение застрахованным расходов на приобретение медикаментов, расходных материалов по актам страховых медицинских организаций или Территориального фонда обязательного медицинского страхования;
- возмещение морального вреда по решению судебных органов;
- иные расходы.

«Увеличение стоимости основных средств» (статья КОСГУ 310):

- расходы на приобретение медицинского инструментария со сроком службы более 12 месяцев;
- расходы медицинских организаций по оплате договоров на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 000 рублей за единицу и сроком полезного использования более 12 месяцев (за исключением расходов на капитальное строительство, проектно – сметной документации для его проведения);
- расходы на изготовление объектов основных средств из материала подрядчика стоимостью до 100 000 рублей за единицу.

«Увеличение стоимости нематериальных активов» (статья КОСГУ 320):

- на программное обеспечение и базы данных для ЭВМ;
- на сборники (энциклопедии, антологии, базы данных) и другие составные произведения, представляющие по подбору или расположению материалов результат творческого труда;
- на иные объекты нематериальных активов.

«Увеличение стоимости материальных запасов, их приобретение» (статья КОСГУ 340)

включает расходы на приобретение:

- медикаментов, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках Программы ОМС в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания;
- перевязочных средств;
- медицинского инструментария и изделий медицинского назначения со сроком службы до 12 месяцев, относящегося к подклассу 32.5 «Инструменты и оборудование медицинские» Общероссийского классификатора продукции по видам экономической деятельности ОК 034-2014 (КПЕС 2008) (утв. Приказом Росстандарта от 31.01.2014 N 14-ст), в том числе металлоконструкции для травматологических и ортопедических операций, протезы и эндопротезы (за исключением стоматологических протезов, протезов и эндопротезов, приобретение которых обеспечивается средствами соответствующих бюджетов в соответствии с законодательством), стабилизирующие системы, устройства для репозиции и фиксации, устройства для установки имплантата и т.д.;
- приобретение медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, в том числе в офтальмологии;
- изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках Программы ОМС;
- продуктов питания (в части расходов на приобретение продуктов питания для организации питания пациентов в стационарах круглосуточного пребывания

(включая лиц, находящихся в соответствии с законодательством РФ в стационаре по уходу за ребенком);

- реактивов и химикатов, стекла и химпосуды;
- мягкого инвентаря и обмундирования;
- горюче – смазочных материалов;
- всех видов котельно – печного топлива;
- кухонного инвентаря;
- хозяйственных материалов, канцелярских принадлежностей;
- запасных частей;
- прочих материальных запасов;
- расходы на приобретение специального питания для медицинских работников, работа которых связана с вредными опасными для здоровья и жизни условиями труда.

Обеспечение расходными материалами, мягким инвентарем, медицинским инструментарием и другими изделиями медицинского назначения (медицинскими изделиями) независимо от стоимости, при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, приобретаются и используются медицинскими организациями в объеме, необходимом для обеспечения предоставления медицинской помощи надлежащего объема и качества.

Осуществление операций по учету финансовых средств производится медицинскими организациями согласно Приказа Минфина России от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

В тарифы по ОМС не включаются расходы медицинских организаций по оказанию видов помощи, которые в соответствии с Программой ОМС, финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

6.2. МО при расходовании средств, полученных в рамках Программы ОМС, вправе самостоятельно определять структуру по видам расходов, включенных в тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой по Программе ОМС.

7. Размер тарифов на медицинскую помощь.

Настоящим Тарифным соглашением устанавливаются:

7.1. Для оплаты медицинской помощи, оказываемой **в амбулаторных условиях:**

7.1.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо, - **3 524,8** рублей;

7.1.2. базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому

нормативу – **200** рублей в месяц в расчете на одно застрахованное лицо в Свердловской области;

7.1.3. тарифы посещений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 8);

7.1.4. тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (приложение 9);

7.1.5. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 10);

7.1.6. коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 11);

7.1.7. тарифы посещений и случаев лечения стоматологических заболеваний по клинко-статистическим группам (КСГ) в амбулаторных условиях (приложение 12).

7.2. Для оплаты медицинской помощи, оказываемой **в стационарных условиях**, устанавливаются:

7.2.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – **4 484,0** рублей;

7.2.2. базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ, в размере **17 926** рублей;

7.2.3. перечень КСГ, коэффициенты затратно-стоимости и тарифы на случай лечения по клинко-статистическим группам в условиях стационара (приложение 13);

7.2.4. поправочные коэффициенты оплаты по КСГ :

- управленческие коэффициенты (приложение 13А);

- коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи в размере:

Уровень/подуровень отделения	Коэффициент
1.0	1
2	1
3.0	1,15
3.1	1,4

- перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи (приложение 13Б);
- перечень случаев и коэффициенты сложности лечения пациента (приложение 13В);
- перечень диагнозов основного заболевания по МКБ-10 у новорожденных в акушерских отделениях для применения коэффициента сложности лечения пациента (приложение 13Г);
- перечень сочетанных хирургических вмешательств, при выполнении которых в период пребывания пациента в стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента (приложение 13Е);

7.2.5. тарифы на медицинские услуги в условиях стационара (приложение 14);

7.2.6. тарифы на оплату случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 15).

7.3. Для оплаты медицинской помощи, оказываемой в **условиях дневного стационара**, устанавливаются:

7.3.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – **777,5** рублей;

7.3.2. базовая ставка финансирования медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ в условиях дневного стационара, в размере **6 761** руб.;

7.3.3. перечень КСГ, коэффициенты затратно-стоимости и средняя стоимость случая лечения, включенного в КСГ, в условиях дневного стационара (приложение 16);

7.3.4. управленческие коэффициенты по КСГ (приложение 16А);

7.3.5. тариф на услугу А18.05.002 «Гемодиализ» в размере **6 062** рублей.

7.4. Для оплаты **скорой медицинской помощи**, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

7.4.1. средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Программы ОМС на территории Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – **640,4** рублей;

7.4.2. базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – **50** рублей в месяц на одно лицо, застрахованное в Свердловской области;

7.4.3. тарифы на вызов скорой медицинской помощи (приложение 17);

7.4.4. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (приложение 18);

7.4.5. коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи (приложение 19);

8. 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.

8.1. За нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области, медицинские организации несут ответственность в соответствии со статьей 40 Федерального закона 24.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с применением к ним мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

8.2. Основанием для частичной или полной неоплаты медицинской помощи являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляемого в порядке, утвержденном нормативно-распорядительными документами ФФОМС и ТФОМС.

8.3. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан (далее – Перечень оснований), и размер санкций устанавливаются:

при оказании медицинской помощи в условиях стационара, дневного стационара, в амбулаторных условиях – согласно приложению 20 к Тарифному соглашению;

при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации – согласно приложению 21 к Тарифному соглашению;

при оказании "внешних" медицинских услуг в амбулаторных условиях МО-исполнителями неприкрепленным к данной МО застрахованным лицам – согласно приложению 22 к Тарифному соглашению.

Виды финансовых санкций, в том числе штрафы, а также их размер, устанавливаются согласно Перечню оснований, действующему на дату окончания случая медицинской помощи.

8.4. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

8.5. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}} , \quad (1)$$

где:

H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

8.6. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (H) рассчитывается по формуле:

$$H = PT * K_{\text{но}} / 100 \quad (2)$$

где:

PT - размер тарифа на оплату случая медицинской помощи, действующий на дату окончания оказания медицинской помощи;

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, установленный в соответствии с Перечнем оснований.

8.7. Сумма штрафа в размере, установленном для кода дефекта, указанного в акте, как основание для уменьшения оплаты медицинской помощи (отказа в оплате, возврата).

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}} / 100, \quad (3)$$

где:

РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату окончания оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований.

8.8. Порядок расчета необоснованно оплаченной за медицинскую помощь суммы, выявленной по результатам повторного контроля ТФОМС Свердловской области, а также сумм финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств:

8.8.1. В случае выявления ТФОМС Свердловской области при проведении повторного контроля нарушений, пропущенных СМО в ходе МЭК, МЭЭ, ЭКМП, СМО утрачивает право использования финансовых санкций, применяемых к МО, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и/или нарушению при оказании медицинской помощи.

8.8.2. Необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма, определенная актом повторного контроля ТФОМС Свердловской области, подлежит возврату МО в бюджет ТФОМС Свердловской области.

8.8.3. Необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма определяется по формулам:

8.8.3.1. в случае выявления дефектов (нарушений), допущенных МО, но не выявленных СМО при проведении МЭК, МЭЭ, ЭКМП:

$$\text{Снеобосн.опл.} = \text{Ссл.} * K_{\text{тфомс}} / 100, \text{ где} \quad (4)$$

Снеобосн.опл. - необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма;

Ссл. – стоимость случая оказания медицинской помощи;

$K_{\text{тфомс}}$ - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте повторного контроля ТФОМС Свердловской области, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи;

8.8.3.2. в случае выявления финансово более значимых дефектов (нарушений), чем было выявлено СМО при первичном контроле:

$$\text{Снеобосн.опл.} = \text{Ссл} * K_{\text{тфомс}} / 100 - \text{Ссл} * K_{\text{смо}} / 100, \text{ где} \quad (5)$$

Снеобосн.опл. - необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма;
Ссл – стоимость случая оказания медицинской помощи;
Ктфомс - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте повторного контроля ТФОМС Свердловской области, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи;
Ксмо - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте контроля СМО, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи.

8.9. Сумма финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств в бюджет ТФОМС Свердловской области, в соответствии с пунктом 11.1 перечня санкций за нарушение обязательств по договору финансового обеспечения ОМС (невыявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному в порядке организации контроля) определяется по формуле

$$\text{Ссанкций} = \text{Снеобосн.опл.} * 10\%, \text{ где} \quad (6)$$

Ссанкций - сумма финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств в бюджет ТФОМС Свердловской области;
Снеобосн.опл. - необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма, определенная актом повторного контроля ТФОМС Свердловской области;
10% - штраф в размере 10% от необоснованно оплаченной суммы.

8.10. Финансовые санкции к СМО не применяются в случае выявления при повторном контроле ТФОМС Свердловской области нарушений, связанных с непредставлением первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в МО без объективных причин (код дефекта 4.1).

8.11. Сумма штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, определяется в размере, установленном для кода дефекта, указанного в акте повторного контроля ТФОМС Свердловской области.

8.12. Порядок расчета необоснованно удержанной СМО суммы, выявленной по результатам повторного контроля ТФОМС Свердловской области, а также сумм финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств

8.12.1. В случае признания ТФОМС Свердловской области при проведении повторного контроля нарушений, выявленных СМО в ходе МЭК, МЭЭ, ЭКМП, полностью или частично необоснованными, сумма, удержанная СМО за данные нарушения, подлежит возврату в МО не позднее платежа, следующего по дате за датой получения претензии ТФОМС Свердловской области.

8.12.2. Необоснованно удержанная СМО сумма определяется по формулам:

8.12.2.1. в случае признания ТФОМС Свердловской области выявленных СМО при МЭК, МЭЭ, ЭКМП полностью необоснованными:

$$\text{Снеобосн.удерж.} = \text{Ссл.} * \text{Ксмо} / 100, \text{ где} \quad (7)$$

Снеобосн.удерж – необоснованно удержанная СМО сумма;

Ссл. – стоимость случая оказания медицинской помощи;

Ксмо - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте контроля СМО, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи;

8.12.2.2. в случае признания ТФОМС Свердловской области выявленных СМО при МЭК, МЭЭ, ЭКМП частично необоснованными:

$$\text{Снеобосн.удерж.} = \text{Ссл.} * \text{Ксмо} / 100 - \text{Ссл.} * \text{Ктфомс} / 100, \text{ где} \quad (8)$$

Снеобосн.удерж – необоснованно удержанная СМО сумма;

Ссл. – стоимость случая оказания медицинской помощи;

Ксмо - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте контроля СМО, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи;

Ктфомс - % уменьшения оплаты по коду дефекта, указанному в акте повторного контроля ТФОМС Свердловской области, как основание для уменьшения оплаты (отказа в оплате) медицинской помощи.

8.12.3. Сумма финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств в бюджет ТФОМС Свердловской области, в соответствии с пунктом 11.5 перечня санкций за нарушение обязательств по договору финансового обеспечения ОМС (необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования) определяется по формуле:

$$\text{Ссанкций} = \text{Ссвд} * 10\%, \text{ где} \quad (9)$$

Ссанкций - сумма финансовых санкций, уплачиваемых СМО за счет собственных средств в бюджет ТФОМС Свердловской области;

Ссвд – сумма средств, перечисленных ТФОМС Свердловской области на ведение дела СМО за период (месяц), в котором СМО произведено удержание средств за нарушения, признанные ТФОМС Свердловской области при проведении повторного контроля полностью или частично необоснованными;

10% - размер штрафа (от суммы средств, перечисленных ТФОМС Свердловской области на ведение дела СМО в конкретный период) за необоснованное снятие денежных средств.

8.12.4. В случае уплаты МО штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по

выявленным СМО основаниям, сумма уплаченного ранее штрафа подлежит возврату в МО.

9. Заключительные положения.

9.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2017 г. и действует до принятия нового.

9.2. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются дополнительным Соглашением на основании протокола заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Приложения к Тарифному соглашению

Приложение 1. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Приложение 2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (не имеющих прикрепившихся застрахованных лиц).

Приложение 3. Методика определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Приложение 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Приложение 5. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Приложение 6. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

Приложение 7. Методика определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

Приложение 8. Тарифы посещений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Приложение 9. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях.

Приложение 10. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Приложение 11. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Приложение 12. Тарифы посещений и случаев лечения стоматологических заболеваний по клинико-статистическим группам в амбулаторных условиях.

Приложение 13. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости и тарифы на случай лечения по клинико-статистическим группам в условиях стационара.

Приложение 13А. Управленческие коэффициенты по КСГ в условиях стационара.

Приложение 13Б. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Приложение 13В. Перечень случаев, при которых применяется коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

Приложение 13Г. Перечень диагнозов основного заболевания по МКБ-10 у новорожденных в акушерских отделениях для применения коэффициента сложности лечения пациента.

Приложение 13Д. Группы заболеваний, случаи госпитализаций по которым считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней.

Приложение 13Е. Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при выполнении которых в период пребывания пациента в стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента.

Приложение 14. Тарифы на медицинские услуги в условиях стационара.

Приложение 15. Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС за счет субвенции из бюджета ФФОМС.

Приложение 16. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости и тарифы на случай лечения по клинико-статистическим группам в условиях дневного стационара.

Приложение 16А. Управленческие коэффициенты по КСГ в условиях дневного стационара.

Приложение 17. Тарифы на вызов скорой медицинской помощи.

Приложение 18. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение 19. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи.

Приложение 20. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан, кроме скорой медицинской помощи.

Приложение 21. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан по скорой медицинской помощи.

Приложение 22. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан (кроме скорой медицинской помощи) при оказании «внешних» медицинских услуг в амбулаторных условиях медицинскими организациями-исполнителями неприкрепленным к ним застрахованным лицам.

Министр здравоохранения
Свердловской области



Трофимов И.М.

Первый заместитель директора Территориального
фонда обязательного медицинского страхования
Свердловской области



Демина Т. В.

Председатель Правления
СМК «АСТРАМЕД – МС» (АО)



Коновалова Г. В.

Председатель некоммерческого партнерства
«Медицинская Палата Свердловской области»



Бадаев Ф. И.

Председатель Свердловской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



Забродин О.В.