

# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

## **по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2018 год**

г. Красногорск

25.12.2017

### **I. Общие положения**

1. Настоящее Тарифное соглашение по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2018 год (далее – Тарифное соглашение) разработано и заключено 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 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», постановлением Правительства Московской области «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Московской области, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения, между

Министерством здравоохранения Московской области (далее – МЗ МО), в лице министра здравоохранения Московской области Маркова Дмитрия Сергеевича,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО), в лице исполняющего обязанности директора Бутаева Георгия Казбековича,

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Домникова Анатолия Ивановича,

Некоммерческим партнерством «Врачебная палата Московской области», в лице председателя Правления Лившица Сергея Анатольевича,

страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – СМО), в лице заместителя Генерального директора – директора Московской региональной дирекции ООО ВТБ «Медицинское страхование», официального представителя Межрегионального союза Медицинских страховщиков на территории Московской области Дерезлазова Владимира Павловича,

медицинскими организациями, в лице главного врача государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Красногорская городская больница №1» Соболева Константина Эдуардовича,

именуемыми в дальнейшем Сторонами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление способа, порядка оплаты и тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС).

3. Тарифное соглашение регулирует правоотношения, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) при реализации Программы ОМС.

4. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и определения.

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

Понятия «медицинская организация», «застрахованное лицо», «страховой случай» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Понятия «случай госпитализации», «клинико-статистическая группа заболеваний» (далее – КСГ), «клинико-профильная группа» (далее – КПП), «оплата медицинской помощи по КСГ (КПП)», «базовая ставка», «коэффициент относительной затратоемкости», «управленческий коэффициент», «коэффициент подуровня оказания медицинской помощи», «коэффициент сложности лечения пациентов» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо от 21.11.2017 Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-8080 Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 13572/26-2/и) (далее – Методические рекомендации).

**Посещение (с профилактической и иными целями; при оказании медицинской помощи в неотложной форме)** – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью.

**Обращение** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Учет посещений и обращений осуществляется по форме №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и отражается в форме №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

**Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ)** – норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса при наложении одной пломбы.

**Прикрепившиеся застрахованные лица** – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию и включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Московской области, прикрепившиеся в установленном порядке к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (на основании факта места жительства на территории обслуживания медицинской организации или заявления о выборе медицинской организации).

**Подушевое финансирование** – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинской организации зависит от численности прикрепившихся к медицинской организации (обслуживаемых медицинской организацией) застрахованных граждан.

**Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц** – объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации.

**Случай госпитализации** – случай лечения в условиях круглосуточного и (или) дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты

стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС.

**Законченный случай лечения** в условиях круглосуточного и (или) дневного стационара – совокупность диагностических, лечебных, реабилитационных и консультативных медицинских услуг, предоставленных пациенту в медицинской организации по основному заболеванию в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи – от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другую медицинскую организацию или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания) в случае достижения клинического результата, подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

**Прерванный случай лечения** – незаконченный случай лечения в круглосуточном стационаре и (или) дневном стационаре (длительностью госпитализации 3 дня и менее), перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальный исход, а также проведение диагностических исследований, оказание услуг диализа).

**Сверхдлительные сроки госпитализации** – обусловленные медицинскими показаниями сроки госпитализации свыше 30 дней (кроме случаев госпитализации по КСГ, установленных Инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета дополнительных классификационных критериев (письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2017 № 14531/26-2/и) (далее – Инструкция), длительность госпитализации при которых составляет 45 дней).

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размере расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

и (или) паллиативную медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

**Медицинская помощь, оказанная сверх базовой программы ОМС (сверхбазовая программа ОМС)** – медицинская помощь, оказанная по страховым случаям и видам медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

## II. Способы оплаты медицинской помощи

5. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, осуществляется на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за фактически оказанную медицинскую помощь в рамках годового объема предоставляемой в рамках Программы ОМС конкретной медицинской организации медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенного решением Комиссии, с разбивкой по кварталам (далее – плановый объем медицинской помощи).

При реализации Программы ОМС на территории Московской области применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации:

### 5.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Московской области, – за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

- в рамках сверхбазовой программы ОМС – за единицу объема медицинской помощи – за посещение, за обращение (законченный случай).

### 5.2. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний:

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования);

2) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КПП (в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования);

3) за законченный случай лечения заболевания по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленного приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов;

- 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.

### 5.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний:

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ/КПГ (в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования);  
2) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КПГ (в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования);  
– 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.

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

– по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

– за вызов скорой медицинской помощи – в рамках сверхбазовой программы ОМС, при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, полис ОМС которым выдан на территории других субъектов Российской Федерации.

**6. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.**

**6.1. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.**

6.1.1. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу, представлен в Приложении № 1а к Тарифному соглашению.

6.1.2. Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении № 1б к Тарифному соглашению.

6.1.3. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) представлен в Приложении № 1в к Тарифному соглашению.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций осуществляется ежеквартально (за 1 квартал, 6 и 9 месяцев текущего года) в срок до 25 числа месяца, следующего за кварталом.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, а также критерии и методика оценки результативности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) установлены в Приложении № 20 к Тарифному соглашению.

6.1.4. Подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, посещений медицинских работников со средним образованием, ведущим самостоятельный амбулаторный прием, а также медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами в амбулаторных условиях.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включается финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи:

– оказываемой врачами-специалистами при социально-значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

– оказываемой в неотложной форме;

– по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядок проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

– оказанию услуг скрининга рака шейки матки, внутриутробной эходоплерокардиографии;

– оказанию услуг по проведению компьютерной томографии (позитронно-эмиссионной томографии), магнитно-резонансной томографии;

– оказанию комплексных услуг по пренатальной диагностике нарушений внутриутробного развития плода 1 и 2 этапов, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

– оказанию услуги аудиологического скрининга детей 1 года жизни (2 этап);

– оказанию первичной специализированной медицинской помощи по профилю «стоматология»;

– оказанию первичной специализированной медицинской помощи выездными бригадами согласно Приложениям № 7а и № 7б к Тарифному соглашению.

– оказанию медицинских услуг, проводимых в консультативно-диагностических центрах в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Московской области;

– оказываемой врачами-специалистами по профилям медицинской помощи «Дерматология», «Колопроктология», «Онкология»;

– оказываемой в центрах здоровья.

6.1.5. Расчет размера базового (среднего) и дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинских организаций включает в себя средства, направляемые на межучрежденческие взаиморасчеты.

6.1.6. Межучрежденческие расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями за проведение маммографии и флюорографии, в том числе за описание и интерпретацию изображений по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в Приложении №7в к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций, участвующих в межучрежденческих взаиморасчетах, установлен в Приложении №1г к Тарифному соглашению.

6.1.7. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) осуществляется по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, в соответствии Приложении № 1в к Тарифному соглашению.

6.1.8. Оплата медицинской помощи, оказанной при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях: в стоматологической поликлинике, в отделениях (кабинетах) стоматологического профиля медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу с учетом УЕТ.

Законченный случай оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость лечебно-диагностических услуг, оказанных врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения за медицинской помощью, с указанием формулы зубов, предложенной Всемирной организацией здравоохранения.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» в амбулаторных условиях, установлен Приложением № 1в к Тарифному соглашению.

6.1.9. Порядок оплаты медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации отдельных категорий взрослого населения устанавливается Приложением № 19 к Тарифному соглашению.

## **6.2. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.**

6.2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в Приложении № 2а.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям медицинской помощи «Акушерство и гинекология» и «Неонатология», в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в Приложении № 2б.

6.2.2. Отнесение случаев лечения к КСГ, расчет средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки), и применение поправочных коэффициентов осуществляется с учетом Методических рекомендации и Инструкции.

6.2.3. Порядок оплаты **прерванных случаев** оказания медицинской помощи, в том числе при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

К прерванным случаям медицинской помощи также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

В случае, если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура медицинских услуг), являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 40% от стоимости КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-10).

Перечень групп, являющихся исключениями, оплата по которым осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения, установлен Приложением № 11г к Тарифному соглашению.

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 90% от стоимости КСГ. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной Медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев.

Если перевод пациента осуществляется в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением.

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

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 4 «Родоразрешение», а также 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 5 «Кесарево сечение» осуществляется в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более, длительностью менее 6 дней – как один законченный случай по КСГ, которая соответствует медицинской помощи, оказанной на койках для беременных и рожениц.

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

О14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

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

В случае перевода пациента в круглосуточном стационаре из одного профильного отделения в другое в пределах одной медицинской организации, в том числе с целью проведения оперативного вмешательства, случай госпитализации подлежит учету в Реестре и оплачивается как один законченный случай по КСГ заболеваний, имеющей наибольший коэффициент относительной затратноности.

Все случаи оказания медицинской помощи, предъявленные к оплате по двум и более тарифам КСГ в период одной госпитализации, подлежат обязательной экспертизе качества медицинской помощи.

При оказании медицинской помощи по профилю «Онкология» случаи перевода пациентов из отделения хирургического профиля для дальнейшего лечения в химиотерапевтическое и/или отделение лучевой терапии предъявляются к оплате в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.



Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной (и наоборот) в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно по соответствующей КСГ.

В случае перевода пациента из стационара одной медицинской организации в стационар другой медицинской организации с целью диагностики или лечения и его возвращения в течение одного отчетного периода (календарного месяца) для продолжения лечения в отделении одного профиля первоначальной медицинской организации, при заболеваниях, относящихся к одному классу МКБ-10, оба случая лечения в одноименной медицинской организации подлежат учету, предъявляются в реестре и оплачиваются как два незаконченных (прерванных случая) в рамках одной КСГ с оплатой каждого случая в размере 50% от утвержденной стоимости лечения.

При учете медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара детям с двухсторонней нейросенсорной потерей слуха (код по МКБ-10 H90.3) по КСГ № 172 «Замена речевого процессора», КСГ № 335 «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации», оплате подлежат случаи с соответствующими КСГ в рамках двух госпитализаций (две истории болезни) в течение 90 дней при соблюдении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Сурдология-оториноларингология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.04.2015 № 178н, и правил направления граждан для оказания специализированной медицинской помощи в плановом порядке, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи».

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации. В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС за единицу объема в стационарных условиях принимается лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

6.2.4. Во время пребывания в круглосуточном стационаре допускаются и оплачиваются комплексные услуги по проведению пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития плода, оказываемых в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими в своём составе кабинеты пренатальной диагностики и относящимися к перечню медицинских организаций, осуществляющих проведение пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития плода, установленному Приложениями № 7а и № 7б к Тарифному соглашению, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций.

6.2.5. Финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов патологоанатомическими отделениями многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

6.2.6. Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным Приложением № 12 к Тарифному соглашению. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется по

соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий. При этом размер тарифа 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.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, осуществляется в пределах утвержденных плановых объемов медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях, устанавливается Приложением № 2в к Тарифному соглашению.

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

Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинскими организациями педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ (КПП).

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

6.2.7. Лечение по профилю «медицинская реабилитация» производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ 325-333 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке по ШРМ 4-5-6 пациенту может быть оказана медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ. При оценке по ШРМ 2-3 пациент может получить медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции.

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.

6.2.8. В стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием

для предоставления на оплату по КСГ по профилю «Неонатология».

### **6.3. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.**

6.3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

6.3.2. Формирование КСГ/КПП, расчет средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ/КПП (базовой ставки) и применение поправочных коэффициентов осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями и Инструкцией.

6.3.3. Порядок оплаты **прерванных случаев** оказания медицинской помощи, в том числе при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

К прерванным в целях оплаты медицинской помощи также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг), являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ/КПП, случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ/КПП. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ/КПП, не проводилось, случай оплачивается в размере 40% от стоимости КСГ/КПП (основным классификационным критерием отнесения к КСГ/КПП в данных случаях является диагноз МКБ-10).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ/КПП, случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ/КПП. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ/КПП, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости КСГ/КПП (основным классификационным критерием отнесения к КСГ/КПП в данных случаях является диагноз МКБ 10).

Если перевод пациента осуществляется в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ/КПП с наибольшим размером оплаты.

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

проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением.

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

Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной (и наоборот) в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно по соответствующей КСГ/КПП.

Случаи оказания медицинской помощи в дневном стационаре с использованием вспомогательных репродуктивных технологий подлежат оплате независимо от фактов предшествующего или последующего перевода в круглосуточный стационар.

При оказании медицинской помощи по профилю «Онкология» случаи перевода пациентов из отделения хирургического профиля для дальнейшего лечения в химиотерапевтическое и/или отделение лучевой терапии предъявляются к оплате в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Случаи лечения на койках патологии беременности (профиль «Акушерство и гинекология») длительностью более 5 дней с последующим переводом на койки для беременных и рожениц (профиль «Акушерство и гинекология» в круглосуточном стационаре) предъявляются к оплате и оплачиваются как законченный случай; случаи лечения длительностью 5 дней и менее – как прерванный случай в размере 45% от стоимости КСГ/КПП.

В случае перевода пациента из дневного стационара одной медицинской организации в дневной стационар другой медицинской организации с целью диагностики или лечения и его возвращения в течение одного отчетного периода (календарного месяца) для продолжения лечения в отделении одного профиля первоначальной медицинской организации, при заболеваниях, относящихся к одному классу МКБ-10, оба случая лечения в одноименной медицинской организации подлежат учету, предъявляются в реестре и оплачиваются как два незаконченных (прерванных случая) в рамках одной КСГ/КПП с оплатой каждого случая в размере 50% от утвержденной стоимости лечения.

В период лечения в дневном стационаре по основному заболеванию допускаются и оплачиваются амбулаторные посещения к специалистам другого профиля вне графика пребывания пациента в дневном стационаре в случае, если данное посещение не относится к обследованию и лечению по основному заболеванию.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа и при необходимости в сочетании с основной КСГ, учитывающей основное (сопутствующее заболевание). В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

6.3.5. При проведении в дневном стационаре допускаются и оплачиваются комплексные услуги по проведению пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития плода, оказываемых в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими в своём составе кабинеты пренатальной диагностики и относящимися к перечню медицинских организаций, осуществляющих проведение пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития плода, установленному Приложениями № 7а и № 7б к Тарифному соглашению, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций,

6.3.6. Лечение по профилю «медицинская реабилитация» производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ 123-128 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке по ШРМ 4-5-6 пациенту может быть оказана медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ. При оценке по ШРМ 2-3 пациент

может получить медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции.

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

6.3.7. Оплата случаев лечения, оказываемых в условиях дневного стационара, медицинскими организациями, находящимися на территории закрытых административных территориальных образований (далее - ЗАТО), осуществляется с применением коэффициента подуровня 1,2.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, находящихся на территории ЗАТО, представлен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

6.3.8. При оплате процедур экстракорпорального оплодотворения в зависимости от этапа применяются коэффициенты сложности лечения пациента, установленные в Приложении №13в к Тарифному соглашению.

Оплата хранения криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

#### **6.4. Применение способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.**

6.4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливается Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

6.4.2. Расчет размера базового (среднего) подушевого норматива финансирования и размера дифференцированных подушевых нормативов финансирования осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

6.4.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется за вызов:

а) скорой медицинской помощи с применением медицинской технологии «тромболизис»;

б) скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, находящимся вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

6.4.4. Оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и др.), безрезультативных выездов за счет средств ОМС не осуществляется.

#### **7. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования.**

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках сверхбазовой программы ОМС, устанавливается Приложением № 5 к Тарифному соглашению.

Порядок учета и оплаты медицинской помощи по сверхбазовой программе

обязательного медицинского страхования устанавливается Приложением № 19 к Тарифному соглашению.

### **III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

8. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом ТФОМС МО на финансовое обеспечение Программы ОМС, с учетом федеральных нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема, установленных Программой ОМС.

9. Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС.

9.1. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС, входят расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

9.2. В структуру тарифа на медицинскую помощь не входят и из средств ОМС не оплачиваются расходы медицинских организаций и их структурных подразделений при оказании медицинской помощи и предоставлении иных государственных и муниципальных услуг (работ) в:

лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

центрах (отделениях) профилактики и борьбы со СПИДом;

врачебно-физкультурных диспансерах;

центрах охраны здоровья семьи и репродукции;

центрах охраны репродуктивного здоровья подростков;

центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования);

бюро судебно-медицинской экспертизы;

центрах крови;

станциях (отделениях) переливания крови;

центрах профессиональной патологии и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

домах ребенка, включая специализированные;

молочных кухонь и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утвержденную Министерством здравоохранения Российской Федерации, и не финансируемых за счет средств ОМС,

патологоанатомических отделениях многопрофильных медицинских организациях, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, (при этом финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования),

медицинских информационно-аналитических центрах (кабинетах, отделениях), бюро медицинской статистики (кабинетах, отделениях), кабинетах, отделениях специалистами по гражданской обороне и чрезвычайным ситуациям,

а также расходы на:

медицинское сопровождение по медицинским показаниям больных, страдающих хронической почечной недостаточностью, к месту проведения амбулаторного гемодиализа и после его проведения,

окружные выездные реанимационные неонатальные бригады и отделения экстренно-плановой консультативной медицинской помощи,

санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую воздушными судами,

приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) свыше ста тысяч рублей и капитальный ремонт.

10. Перечень расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС, в соответствии с бюджетной классификацией Российской Федерации от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации», устанавливается Приложением № 18 к Тарифному соглашению.

Расходы, включенные в тариф, осуществляются в пределах объема финансовых средств, утвержденных Планом финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации в части средств ОМС, с учетом выполнения плановых объемов, определенных Программой ОМС.

## **11. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.**

11.1. Тарифы и подушевые нормативы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включают финансовое обеспечение:

а) в части расходов на заработную плату - выплаты стимулирующего характера:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей);
- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинскими сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным);
- врачам-специалистам, медицинским сестрам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

б) первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений.

11.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 4 361,12 руб. по всем единицам объема.

11.3. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 200,00 руб. в месяц (руб. 2 400,00 в год).

11.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи,

установлены Приложением № 6 к Тарифному соглашению.

11.5. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, установлены Приложениями №№ 7а, 7б, 8 к Тарифному соглашению.

11.6. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан устанавливаются Приложением № 9 к Тарифному соглашению.

11.7. Стоимость УЕТ и классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ, устанавливаются Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

## **12. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.**

12.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 4 971,63 руб.

12.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) составляет 17 700,00 руб.

12.3. Перечень КСГ и коэффициенты относительной затратно-емкости установлены Приложением № 11а к Тарифному соглашению.

12.4. Управленческие коэффициенты, применяемые к КСГ, установлены Приложением № 11б к Тарифному соглашению.

12.5. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ, установлены Приложением № 11в к Тарифному соглашению.

12.6. Коэффициенты уровня и подуровня оказания медицинской помощи установлены Приложением № 2а к Тарифному соглашению.

При расчете случая госпитализации для клиничко-статистических групп в рамках КПП «Акушерское дело», «Акушерство и гинекология», «Неонатология» в отношении государственных учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения Московской области, учитывается коэффициент уровня и подуровня в соответствии с Приложением № 2б к Тарифному соглашению.

12.7. Тарифы на оплату случаев лечения с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены Приложением № 12 к Тарифному соглашению.

12.8. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 14 к Тарифному соглашению.

12.9. Группы КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установлены Приложением № 11д к Тарифному соглашению.

## **13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.**

13.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 977,44 руб.

13.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ/КПП, (базовая ставка) составляет 7 610,00 руб.



13.3. Перечень КСГ/КПП и коэффициенты относительной затратно-емкости установлены Приложением № 13а к Тарифному соглашению.

13.4. Управленческие коэффициенты, применяемые к КСГ, установлены Приложением № 13б к Тарифному соглашению.

13.5. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ/КПП, установлены Приложением № 13в к Тарифному соглашению.

13.6. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 14 к Тарифному соглашению.

#### **14. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.**

14.1. Тарифы и подушевые нормативы в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение выплат стимулирующего характера: врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

14.2. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 725,53 руб.

14.3. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 53,69 руб. в месяц (644,24 руб. в год).

14.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, устанавливаются Приложением № 15а к Тарифному соглашению.

14.5. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, в том числе тарифы, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов, устанавливаются Приложением № 15б к Тарифному соглашению.

**15. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках сверхбазовой программы ОМС устанавливаются Приложением № 16 к Тарифному соглашению.**

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

16. В целях реализации приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» настоящим Тарифным соглашением устанавливается Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Приложение № 17).

#### **V. Заключительные положения**

17. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на всех участников

обязательного медицинского страхования, реализующих Программу ОМС.

18. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2018 года и действует по 31 декабря 2018 года.

19. Внесение изменений в Тарифное соглашение:

19.1. Все изменения в настоящее Тарифное соглашение рассматриваются на заседании Комиссии;

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

20. Корректировка (индексация) тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, за исключением доходов, имеющих целевое назначение.

21. Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования устанавливается Приложением № 19 к Тарифному соглашению.

22. К настоящему Тарифному соглашению прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

Приложение № 1а. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу.

Приложение № 1б. Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Приложение № 1в. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

Приложение № 1г. Перечень медицинских организаций, участвующих в межучрежденческих взаиморасчетах.

Приложение № 1д. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» в амбулаторных условиях.

Приложение № 2а. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи, за исключением профилей «Акушерство и гинекология» и «Неонатология».

Приложение № 2б. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям «Акушерство и гинекология» и «Неонатология», и коэффициенты уровней (подуровней) медицинской помощи.

Приложение № 2в. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Приложение № 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Приложение № 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций.

Приложение № 5. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования.

Приложение № 6. Коэффициенты дифференциации и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (амбулаторно-поликлиническая помощь).

Приложение № 6а. Подушевое финансирование медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому

нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

Приложение № 7а. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях взрослому населению.

Приложение № 7б. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях детскому населению.

Приложение № 7в. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях взрослому и детскому населению, применяемые в рамках межучрежденческих расчетов.

Приложение № 8. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в консультативно-диагностических центрах для детей и взрослых.

Приложение № 9. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан.

Приложение № 10. Стоимость УЕТ и классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ.

Приложение № 11а. Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (круглосуточный стационар).

Приложение № 11б. Управленческие коэффициенты (круглосуточный стационар).

Приложение № 11в. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ (круглосуточный стационар).

Приложение № 11г. Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения (круглосуточный стационар).

Приложение № 11д. Группы КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара.

Приложение № 12. Тарифы случаев лечения по видам высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Приложение № 13а. Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (дневной стационар).

Приложение № 13б. Управленческие коэффициенты (дневной стационар).

Приложение № 13в. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ/КПГ (дневной стационар).

Приложение № 14. Тарифы на медицинские услуги при проведении услуг диализа.

Приложение № 15а. Коэффициенты дифференциации и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение № 15б. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, в том числе тарифы, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов.

Приложение № 16. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой при социально-значимых заболеваниях (сверхбазовая программа ОМС).

Приложение № 17. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Приложение № 18. Перечень расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Московской областной программе обязательного медицинского страхования.

Приложение № 19. Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования.

Приложение № 20. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, методика оценки результативности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

Министр здравоохранения Московской области



Д.С. Марков

Исполняющий обязанности директора  
Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования Московской области



Г.К. Бутасев

Председатель Московской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации



А.И. Домников

Председатель Правления Некоммерческого  
партнерства «Врачебная Палата Московской  
области»



С.А. Лившиц

Заместитель Генерального директора – директор  
Московской региональной дирекции ОАО ВТБ  
«Медицинское страхование», официальный  
представитель Межрегионального союза  
Медицинских страховщиков на территории  
Московской области



В.П. Дерезлазов

Главный врач государственного бюджетного  
учреждения здравоохранения Московской  
области «Красногорская городская  
больница № 1»



К.Э. Соболев