

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по реализации территориальной программы обязательного медицинского
страхования Тверской области на 2019 год
и на плановый период 2020 и 2021 годов

г. Тверь

«28» декабря 2018г.

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1. Тарифное соглашение по реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Тверской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (далее также – Тарифное соглашение, Соглашение) заключено между Министерством здравоохранения Тверской области (далее - Министерство), заместителя Председателя Правительства Тверской области - Министра здравоохранения Тверской области Синоды Виталия Александровича, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Тверской области (далее - Фонд), в лице директора Гуляевой Натальи Михайловны, Страховыми медицинскими организациями, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Тверской области (далее - СМО), в лице директора Филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Тверской области Бондаренко Дмитрия Владимировича, Тверской областной организации профсоюзов работников здравоохранения РФ, в лице председателя Грека Вячеслава Анатольевича, Региональной общественной организацией «Врачебная палата Тверской области», в лице председателя Пантелеева Валентина Дмитриевича, именуемые в дальнейшем «Стороны», в соответствии с:

- Федеральными законами:
 - от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);
 - от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ);
- постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – Программа);
- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, (далее - Правила ОМС);
- номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатура);

- приказом 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»;

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»¹;

- методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные совместным письмом от 21.11.2018 Министерства здравоохранения Российской Федерации (№ 11-7/10/2-7543) и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (№14525/26-1/и) (далее - Федеральная методика) с Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев (далее - Инструкция по группировке случаев);

- приказом Минздрава России от 21.12.2012 №1342н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи»;

- приказом Минздрава России от 02.12.2014 №796н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

- другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Тверской области.

2. Предметом Тарифного соглашения является согласованные сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Тверской области (далее - медицинские организации), в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Тверской области (далее – Программа ОМС). В настоящем Тарифном соглашении применяются основные понятия и определения согласно Приложению №1.

3. Целями Тарифного соглашения являются:

- создание условий для обеспечения равнодоступности застрахованным по ОМС лицам в получении бесплатной и качественной медицинской помощи по Программе ОМС в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи;

¹ Доп. соглашение №1

- обеспечение финансовой устойчивости сферы ОМС Тверской области;
- обеспечение целевого и эффективного использования средств ОМС.

4. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:

- способы оплаты медицинской помощи по условиям предоставления,
- размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по Программе ОМС на текущий год,
- 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,
- заключительные положения, включающие иные аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС.

5. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляется СМО, включенными в реестр страховых медицинских организаций, и Фондом в соответствии с действующими договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в сроки и на условиях, предусмотренных договорами, на основании предъявленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия).

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

6. Способы оплаты медицинской помощи по условиям оказания установлены Программой ОМС в соответствии с базовой Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506, а именно:

6.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- 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);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

6.2. 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 (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

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

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

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

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

6.4. 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.

7. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

7.1. Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи (Приложение № 2, графы 3–5 – в части медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях).

7.1.1. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) (Приложение № 2, графа 4).

7.1.2. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение № 2, графа 3).

7.2. Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу.

7.2.1. В подушевой норматив финансирования включается первичная доврачебная, врачебная медико-санитарная помощь, организованная по территориально – участковому принципу, а также первичная специализированная медико-санитарная помощь, оказываемая в экстренной и плановой формах.

В подушевом нормативе финансирования учтены в том числе расходы на лабораторно-диагностические исследования, физиотерапевтические процедуры, затраты на содержание фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), травматологических пунктов, а также службы дошкольно-школьных отделений (ДШО), проведение диспансерного наблюдения больных с хроническими заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития.

7.2.2. Подушевые нормативы финансирования устанавливаются на месяц исходя из расчета на год.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц **не включается** медицинская помощь с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу за посещение, за обращение (законченный случай):

- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;
- стоматологическая помощь;
- медицинская помощь, оказываемая в центрах здоровья;
- лечение при оказании услуг диализа;
- мероприятия по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам:
 - диспансеризация определенных групп взрослого населения;
 - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
 - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
 - профилактические медицинские осмотры взрослого населения;
 - профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних.
- посещения и обращения к врачам-специалистам застрахованных лиц, не прикрепившихся к данной медицинской организации;
- медицинская помощь по профилю «акушерство-гинекология», оказываемая врачами акушерами-гинекологами, акушерками;

- мобильные формы оказания медицинской помощи;
- отдельные тарифицированные услуги.

7.3. Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, составляет 5%.

7.3.1. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и целевые значения:

№ п/п	Показатели	Единица измерения	Целевые значения
1	Доля посещений по заболеваниям, осуществленных в неотложной форме от общего числа посещений по заболеваниям	% от всех посещений по заболеваниям	10%
2	Количество посещений на 1000 человек прикрепленного населения	посещение	100%
3	Охват профилактическими осмотрами отдельных групп населения в соответствии с приказами МЗ РФ Приказ Минздрава России от 26.10.2017 № 869н Приказ Минздрава России от 15.02.2013 № 72н Приказ Минздрава России от 11.04.2013 № 216н Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н Приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н	%	80 % от подлежащих диспансеризации
4	Своевременное, достоверное и полное предоставление сведений в информационный ресурс по застрахованным лицам, подлежащим диспансеризации взрослого населения в отчетном квартале	%	80 % от подлежащих диспансеризации
5	Доля пациентов с впервые установленной III - IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций в общем числе пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	%	Не более 44,5%

7.3.2. Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей устанавливается Приложением № 25.

7.4. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (посещение, обращение), оказываемые в амбулаторных условиях включают в том числе расходы на лабораторно-диагностические исследования, за исключением отдельных тарифицированных услуг в соответствии с маршрутизацией пациентов по приказам Министерства здравоохранения Тверской области.²

8. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара:

² Доп. соглашение №2

8.1. Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи (Приложение № 2, графа 6 - в части медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара).

8.2. Оплата за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинко-статистические группы заболеваний (КСГ), клинко-профильные группы (КПГ) и отнесение случая заболевания к соответствующей КСГ производится в соответствии с Федеральной методикой на основе групп, объединяющих заболевания, в том числе КСГ, КПГ и Инструкцией по группировке случаев.

8.3. Оплата прерванных случаев лечения в условиях круглосуточного стационара. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа, а также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. За исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, перечисленных в п.8.3.2.

8.3.1. Оплата прерванного случая лечения осуществляется в следующем порядке:

8.3.1.1. в случае если длительность лечения составила 3 дня и менее:

– если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями, отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ или КПГ.

– если пациенту хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющие классификационными критериями отнесение случая к КСГ, не проводились, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ или КПГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ или КПГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

8.3.1.2. в случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней:

– если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями, отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ или КПГ.

– если пациенту хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющие классификационными критериями отнесение случая к КСГ, не проводились, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной

тарифным соглашением для КСГ или КПП (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

8.3.1.3. Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию определен Инструкцией.

8.3.2. Перечень КСГ круглосуточного стационара, являющиеся исключениями, оплата по которым осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
st05.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
st05.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
st05.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
st05.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st05.011	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st13.003	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)

№ КСГ	Наименование КСГ
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

8.3.3. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

В случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

8.3.4. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

8.4. Оплата по одному КСГ.

При переводе пациента в пределах круглосуточного стационара из одного отделения в другое при заболеваниях или состояниях, относящихся к одному классу МКБ-10, оплата осуществляется за один законченный случай по КСГ, с наибольшим размером оплаты.

При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный стационар в пределах одной медицинской организации при заболеваниях или состояниях, относящихся к одному классу МКБ -10, оплата осуществляется за один законченный случай по КСГ с наибольшим размером оплаты. Учет таких случаев проводится отдельно по каждому условию предоставления.

8.5. Оплата по двум КСГ осуществляется:

8.5.1. при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, при переводе из круглосуточного стационара в дневной, при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, обусловленного 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;

8.5.2. в случаях лечения по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ в одной медицинской организации:

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

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

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)).

8.5.3. в следующих комбинациях КСГ:

- st02.001 "Осложнения, связанные с беременностью" и st02.003 "Родоразрешение",

- st02.001 "Осложнения, связанные с беременностью" и st02.004 "Кесарево сечение"

при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

8.5.4. в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия.

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

– О36.4 Внутритрубная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

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

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

8.5.6. По каждому указанному в пункте 8.5(или в данном пункте) случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

8.6. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара по КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня стационара:

№ КСГ	Наименование КСГ
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st06.003	Легкие дерматозы
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st20.010	Замена речевого процессора
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st30.004	Болезни предстательной железы
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

8.7. Перечень КСГ заболеваний, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги. При наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая осуществляется только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-10 к терапевтической группе исключается.

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	st21.007	Болезни глаза	0,51
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,2	st30.003	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97	st30.005	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи	0,5

8.8. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту

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, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

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 соответствующей КСГ.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ.

8.9. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация".

Для КСГ NN st37.001 - st37.018 в стационарных условиях и для КСГ NN ds37.001 - ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4 - 5 - 6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ 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. При средней и легкой степени

тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

8.10. Оплата случаев лечения по профилю "Онкология"

8.10.1. Отнесение случаев к группам st19.027 - st19.036 и ds19.018 - ds19.027, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса "С" (C00 - C80, C97, D00 - D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh001 - sh581, sh903, sh904).

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце "Количество дней введения в тарифе" листа "Схемы лекарственной терапии".

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

Оплата случая в рамках КСГ рассчитана исходя из определенного количества дней введения. При этом количество дней госпитализации может превышать количество дней введения с учетом периода наблюдения пациента до и после введения лекарственных препаратов. В случае включения в тариф 1 дня введения лекарственных препаратов из нескольких дней, составляющих цикл, предполагается, что между госпитализациями с целью введения лекарственных препаратов (в том числе в рамках одного цикла) пациенту не показано пребывание в условиях круглосуточного и дневного стационара.

В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

В случаях применения sh903 и sh904 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

8.10.2. Отнесение к КСГ st19.039 - st19.048 и ds19.001 - ds19.010 случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Справочник диапазонов числа фракций (столбец «Диапазон фракций» листа «Группировщик»)

Диапазон фракций	Расшифровка
fr01 - 05	Количество фракций от 1 до 5 включительно
fr06 - 07	Количество фракций от 6 до 7 включительно
fr08 - 10	Количество фракций от 8 до 10 включительно
fr11 - 20	Количество фракций от 11 до 20 включительно

fr21 - 29	Количество фракций от 21 до 29 включительно
fr30 - 32	Количество фракций от 30 до 32 включительно
fr33 - 99	Количество фракций от 33 включительно и более

8.10.3. Отнесение к КСГ st36.012 и ds36.006 "Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения" производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

При экспертизе качества медицинской помощи целесообразно обращать внимание на обоснованность подобных госпитализаций.

8.10.4. Отнесение к КСГ st27.014 "Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования" осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела "В". Данная группа предназначена в основном для оплаты случаев госпитализаций в отделения/медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации.

8.11. Оплата случаев лечения при проведении диализа.

Оплата медицинской помощи при проведении услуг диализа, оказываемых в условиях круглосуточного стационара, производится за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ. При оплате услуг диализа поправочные коэффициенты не применяются. В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС за единицу объема в условиях круглосуточного стационара к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При этом в период лечения в круглосуточном стационаре, пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

8.12. Оплата случаев лечения с применением коэффициента сложности лечения пациентов(далее –КСЛП).

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛП_{сумм}) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{СУММ}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_{n-1})$$

При этом суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации.

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное суммарное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

Перечень случаев с применением коэффициента сложности лечения пациентов (КСЛП):

8.12.1. Случаи сверхдлительного пребывания. Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением повышающего коэффициента сложности лечения пациентов. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ заболеваний, считающихся сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней, указанных в п.8.12.1.1

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлительного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

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

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

$K_{дл}$ – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов – 0,25 для обычных отделений, 0,4 – для реанимационных отделений.

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

8.12.1.1 Перечень КСГ заболеваний, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

№ КСГ	Наименование КСГ
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st33.007	Ожоги (уровень 5)

9. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

9.1. Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи (Приложение № 2, графа 7 - в части медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара).

9.2. Оплата за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистические группы заболеваний (КСГ), клинико-профильные группы (КПГ) и отнесение случая заболевания к соответствующей КСГ производится в соответствии с Федеральной методикой на основе групп, объединяющих заболевания, в том числе КСГ, КПГ и Инструкцией по группировке случаев.

9.3. Оплата прерванных случаев лечения в условиях дневного стационара. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа, оказании услуг диализа, а также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. За исключением случаев лечения по заболеваниям, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, перечисленных в п. 9.3.2.

9.3.1. Оплата прерванного случая лечения осуществляется в следующем порядке:

9.3.1.1. в случае если длительность лечения составила 3 дня и менее:

– если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями, отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ или КПГ.

– если пациенту хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющие классификационными критериями отнесение случая к КСГ, не проводились, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ или КПГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ или КПГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

9.3.1.2. в случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней:

– если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями, отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ или КПГ.

– если пациенту хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющие классификационными критериями отнесение случая к КСГ, не проводились, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной

тарифным соглашением для КСГ или КПП (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

9.3.1.3. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию определен Инструкцией.

9.3.2. Перечень КСГ дневного стационара, являющиеся исключениями, оплата по которым осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее:

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.005	Экстракорпоральное оплодотворение: Этап 5 «Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)»
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ

ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

9.3.3. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

В случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

9.3.4. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

9.4. Оплата по двум КСГ:

9.4.1. при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, при переводе из дневного стационара в круглосуточный стационар, при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, обусловленного 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,

9.4.2. в случаях лечения по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ в одной медицинской организации:

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

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

9.5. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги. При наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая осуществляется только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-10 к терапевтической группе исключается.

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,33	ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода	0,83

9.6. Оплата случаев лечения по профилю "Медицинская реабилитация" в условиях дневного стационара см.п.8.9.

9.7. Оплата лекарственной терапии при хронических вирусных гепатитах.

Отнесение к КСГ: ds12.001, ds12.002, ds12.003, ds12.004 производится по комбинации кода МКБ 10 и кодов Номенклатуры в соответствии с Инструкцией Коэффициент затратоемкости для этих КСГ приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

9.8. Оплата случаев лечения при проведении диализа.

Оплата медицинской помощи при проведении услуг диализа, оказываемых в условиях дневного стационара производится за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ. При оплате услуг диализа поправочные коэффициенты не применяются. В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Программы за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. При этом в период лечения в дневном стационаре пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

9.9. Оплата случаев лечения с применением коэффициента сложности лечения пациентов(далее –КСЛП).

Оплата экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа с учетом КСЛП согласно таблице:

№ п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Значение КСЛП
1	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I - II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I - III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл) – еко1	0,6
2	Проведение I - III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл) – еко2	1
3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов – еко3	1
4	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов – еко4	1,1
5	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) - еко5	0,19

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

10. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

10.1. Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи (Приложение № 2, графа 8 - 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 (далее – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи).

10.2. Оплата скорой медицинской помощи производится за вызов скорой медицинской помощи, проведенной врачебной общепрофильной бригадой, фельдшерской бригадой или специализированной бригадой, в пределах объема финансирования по подушевому нормативу.

10.3. В подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, включается оплата вызовов скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной помощи, за исключением вызовов скорой медицинской помощи с применением процедур тромболизиса.

10.4. По объемному способу оплаты производится оплата вызовов скорой медицинской помощи с применением процедур тромболизиса (сверх установленного подушевого норматива финансирования) и скорой специализированной помощи для осуществления медицинской эвакуации наземным транспортом на территории Тверской области бригадами ГБУЗ «ОКБ» и ГБУЗ «ДОКБ».

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

11. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций. (Приложение № 3 – Перечень медицинских организаций по уровням):

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

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

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

³ Доп.соглашение №2

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил ОМС.

В расчет тарифов включены затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Для установления тарифов используется структурный метод определения затрат.

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 13.10.2017 N 804н.

11.1. По медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

11.1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 3 961,31 рубля в год.

11.1.2. Размер подушевого норматива финансирования на одно застрахованное прикрепленное лицо по медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу, составляет в год – 1 996,42 рубля, в месяц -166,37 рублей.

11.1.3. Тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, устанавливаются единые, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с заключенным тарифным соглашением) и межтерриториальных (осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования) расчетах.

11.1.4. Подушевой норматив финансирования и коэффициенты дифференциации подушевого норматива для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях ([Приложение № 4](#)).

11.1.5. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), оказываемые в амбулаторных условиях по уровням оказания медицинской помощи ([Приложение № 5](#)).

11.1.6. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

0 - 12 мес.		1-4 лет		5-17 лет		18 - 59 лет (муж) 18 - 54 лет (жен)		60 лет и старше (муж) 55 лет и старше (жен)	
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
3,327	3,494	3,282	3,364	1,783	1,816	0,578	0,451	1,134	0,919

11.1.7. Тарифы на услуги диализа (Приложение № 6).

11.1.8. Тарифы на отдельные тарифицированные услуги (Приложение №7).

11.1.9. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение № 8)

11.1.10. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. (Приложение №9).

11.1.11. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 10).

11.1.12. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения (Приложение № 11).

11.1.13. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (Приложение №12).

11.2. По медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара:

11.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 5 277,92 рубля в год.

11.2.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с коэффициентами затроемкости круглосуточного стационара (Приложение № 13);

11.2.3. Перечень клинико-профильных групп (КПГ) с коэффициентами затроемкости круглосуточного стационара (Приложение № 14);

11.2.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, КПП (базовая ставка) круглосуточного стационара - 22 511 руб.

11.2.5. Поправочные коэффициенты оплаты:

11.2.5.1. Коэффициенты уровней и подуровней при оплате КСГ или КПП круглосуточного стационара (Приложение № 15);

11.2.5.2. Управленческий коэффициент при оплате КСГ или КПП круглосуточного стационара (Приложение № 16).

11.2.6. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Программы ОМС (Приложение № 17).

11.3. По медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

11.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1 162,39 рубля в год.

11.3.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с коэффициентами затратно-емкости дневного стационара (Приложение № 18);

11.3.3. Перечень клинико-профильных групп (КПП) с коэффициентами затратно-емкости дневного стационара (Приложение № 19);

11.3.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, КПП (базовая ставка) дневного стационара—11 991 руб. Поправочные коэффициенты оплаты:

11.3.4.1. Коэффициенты уровней и подуровней при оплате КСГ или КПП дневного стационара (Приложение № 20);

11.3.4.2. Управленческий коэффициент при оплате КСГ или КПП дневного стационара (Приложение № 21).

11.4. По скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

11.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой Программы ОМС – 676,13 рубля в год.

11.4.2. Размер подушевого норматива финансирования по скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо составляет в год – 663,96 рублей, в месяц – 55,33 рубля.

11.4.3. Подушевой норматив финансирования и интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях скорой медицинской помощи (Приложение № 22).

11.4.4. Тариф вызова скорой медицинской помощи (Приложение № 23).

11.4.5. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива в скорой медицинской помощи:

0 - 12 мес.		1-4 лет		5-17 лет		18 - 59 лет (муж) 18 - 54 лет (жен)		60 лет и старше (муж) 55 лет и старше (жен)	
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
2,226	2,462	1,425	1,585	0,533	0,559	0,626	0,578	1,923	1,558

12. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Тверской области включает в себя 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 учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

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

13. Применение финансовых санкций страховыми медицинскими организациями (и (или) Фондом) к медицинским организациям по результатам

контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи производится в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и «Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденного приказом ФФОМС от 01.12.2010 №230 (Приложение №24).

14. При пересечении сроков лечения в отделении дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара) со сроками лечения в круглосуточном стационаре в разных или в одной и той же медицинской организации, или в другом дневном стационаре одной и той же медицинской организации, или в дневном стационаре другой медицинской организации, отклоняются от оплаты оба случая лечения полностью до момента получения результатов медико-экономической экспертизы.

15. По случаям оплаты лечения пациентов, переведенных в пределах круглосуточного стационара из одного отделения в другое при заболеваниях или состояниях, относящихся к одному классу МКБ-10, проводится экспертиза качества медицинской помощи с применением мультидисциплинарного подхода (далее – МД ЭКМП). Если при проведении МД ЭКМП выявлены нарушения по каждому условию предоставления медицинской помощи, то финансовая санкция применяется по наиболее значимому нарушению.

16. По случаям перевода пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный стационар в пределах одной медицинской организации при заболеваниях или состояниях, относящихся к одному классу МКБ -10, ЭКМП проводится по каждому случаю больничного обслуживания экспертом качества медицинской помощи соответствующего профиля. Если при проведении ЭКМП выявлены нарушения по каждому условию предоставления медицинской помощи, то финансовая санкция применяется по наиболее значимому нарушению.

17. По случаям перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, ЭКМП проводится по каждому случаю больничного обслуживания экспертом качества медицинской помощи соответствующего профиля.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

18. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Программу ОМС.

19. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания.

20. Медицинские организации осуществляют финансирование расходов, предусмотренных Тарифным соглашением, в соответствии с утвержденным в установленном порядке финансовым планом в пределах объемов финансовых поступлений средств ОМС. При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС.

21. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация несет ответственность в соответствии в ч.9 ст.39 Федерального закон № 326-ФЗ.

22. С целью обеспечения финансовой стабильности системы ОМС (сбалансированности) производится пересмотр тарифов (индексация тарифов, подушевых нормативов, базовой ставки) в следующих случаях:

- при изменении законодательных и распорядительных актов, дополнительных источников финансирования и соответствующем пересмотре Территориальной программы ОМС,
- при изменении доходной и расходной части бюджета Фонда,
- включения в сферу ОМС новых видов, условий, профилей (специальностей) медицинской помощи;
- изменение структуры расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи;
- принятием в сферу ОМС новых медицинских организаций и их структурных подразделений;
- иные мероприятия.

23. По результатам проведенного СМО медико-экономического контроля счетов на оплату медицинской помощи первично представленных медицинской организацией, медицинская организация вправе не позднее 25

рабочих дней с даты получения акта от СМО однократно доработать и представить в СМО отклоненные ранее счета на оплату медицинской помощи.

24. При возникновении страхового случая с лицом, застрахованным по ОМС за пределами территории страхования, медицинская помощь, оказывается в объеме утвержденной базовой программы ОМС и оплачивается по утвержденным тарифам в рамках базовой программы ОМС и в соответствии с порядком проведения межтерриториальных расчетов, установленных разделом IX Правил ОМС.

25. Иные аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников сферы ОМС Тверской области (Приложение № 25).

26. Стороны принимают на себя обязательства по выполнению настоящего Тарифного соглашения.

27. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2019 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

Заместитель Председателя Правительства
Тверской области - Министр здравоохранения
Тверской области

В.А.Синода

Директор ТФОМС Тверской области

Н.М.Гуляева

Директор Филиала ООО «Капитал
Медицинское Страхование» в Тверской
области

Д.В.Бондаренко

Председатель Тверской областной организации
профсоюзов работников здравоохранения РФ

В.А.Грек

Председатель региональной общественной
организации «Врачебная палата Тверской
области»

В.Д.Пантелеев