

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

г. Ставрополь

28 декабря 2018 года

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Основания заключения тарифного соглашения

1. Настоящее тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края (далее соответственно – тарифное соглашение, ОМС) заключено в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства Ставропольского края от 26.12.2018 № 596-п.

2. Настоящее тарифное соглашение принято комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае (протокол от 28.12.2018 № 18).

Статья 2. Предмет тарифного соглашения

1. Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС (далее – тариф) на территории Ставропольского края.

2. Настоящее тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (далее соответственно – страховая организация, медицинская организация), возникающие при формировании тарифов и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

3. Настоящее тарифное соглашение устанавливает общие принципы и порядок формирования тарифов, формирование затрат в тарифах, порядок и условия применения тарифов, в том числе порядок урегулирования разногласий, возникающих при формировании и применении тарифов, общие требования к формированию информации об оказанной медицинской помощи и тарифы на соответствующий финансовый год.

Статья 3. Стороны тарифного соглашения

На основании статей 30 и 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,

статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сторонами тарифного соглашения являются министерство здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края (далее – фонд), общество с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование, общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М», общественная организация «Врачи Ставропольского края», Ставропольская краевая организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице уполномоченных представителей.

Статья 4. Порядок применения тарифного соглашения

Настоящее тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Ставропольского края лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации лицам, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

Статья 5. Основные термины, понятия и сокращения

Для целей настоящего тарифного соглашения используются следующие основные термины, понятия и сокращения:

- 1) Федеральный закон – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- 2) застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется ОМС в соответствии с Федеральным законом;
- 3) базовая программа ОМС – составная часть Программы 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;
- 4) Территориальная программа – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденная постановлением Правительства Ставропольского края от 26.12.2018 № 596-п;
- 5) территориальная программа ОМС – составная часть Территориальной программы, определяющая перечень заболеваний, в связи с которыми представляется страховое обеспечение, объемы и условия оказания медицинской помощи в связи с наступлением страхового случая, способы оплаты оказанной застрахованным лицам медицинской помощи и другие условия оказания медицинской помощи за счет средств ОМС;

б) сверхбазовая программа ОМС – перечень страховых случаев, виды и условия оказания медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС в дополнение к базовой программе ОМС;

7) Комиссия – комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае, созданная постановлением Правительства Ставропольского края от 03.10.2012 № 365-п;

8) Правила – Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н;

9) МКБ 10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятая 43-й Всемирной Ассамблеей Здоровоохранения;

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

11) Перечень ЖНиВЛП – Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, устанавливаемый в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

12) Порядок контроля – Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230;

13) Методические рекомендации – Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 11-7/10/2-7543 и № 14525/26-1/и;

14) плановый объем медицинской помощи – годовой объем и финансовое обеспечение предоставляемой в рамках территориальной программы ОМС медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенный решением Комиссии, с разбивкой по кварталам;

15) тариф – сумма возмещения расходов медицинских организаций на единицу объема медицинской помощи в рублях с двумя знаками после запятой;

16) законченный случай оказания медицинской помощи – оказанный при наступлении страхового случая объем медицинской помощи, ограниченный временным интервалом, в результате которого достигнут клинический результат обращения застрахованного лица в медицинскую организацию;

17) законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе стоматологической помощи, – медицинская помощь, включая посещения, лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оказанная пациенту по основному и сопутствующему заболеванию при обращении пациента в медицинскую

организацию для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях в необходимом для достижения клинического результата объеме;

18) законченный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара – медицинская помощь, включая лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оперативные вмешательства, анестезиологические и реанимационные пособия, оказанные пациенту в зависимости от его состояния по основному и сопутствующему заболеванию от момента поступления в медицинскую организацию (начала лечения) пациента до его выписки (окончания лечения) в необходимом для достижения клинического результата объеме, в том числе случаи оказания медицинской помощи, для которых длительность три дня и менее является оптимальным сроком лечения по перечню групп, определенному настоящим тарифным соглашением;

19) прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара – медицинская помощь, оказание которой было прервано до достижения клинического результата лечения в связи со смертью пациента, преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения или обоснованным переводом пациента в другую медицинскую организацию, медицинская помощь при проведении диагностических исследований или переводом больного из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации в случаях, установленных настоящим тарифным соглашением, а также случаи оказания медицинской помощи при фактической длительности госпитализации менее трех дней включительно, кроме случаев для которых длительность три дня и менее является оптимальными сроками лечения;

20) законченный случай оказания скорой медицинской помощи – медицинская помощь, включая лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оперативные вмешательства, анестезиологические и реанимационные пособия, оказанная пациенту в экстренной или неотложной форме подразделением скорой медицинской помощи вне медицинской организации, в объеме, необходимом для купирования состояния, требующего срочного медицинского вмешательства, или до доставки пациента в медицинскую организацию;

21) подушевой норматив финансирования (далее – ПдНФ) – объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся или обслуживаемое медицинской организацией при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

22) фактический подушевой норматив финансирования (далее – ФПдНФ) – дифференцированный для группы (подгруппы) медицинских организаций годовой объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся

или обслуживаемое медицинской организацией при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рассчитанный на основе ПдНФ и интегрированного коэффициента дифференциации ПдНФ;

23) ДШО – подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения или другой медицинской организации, расположенное в образовательной организации;

24) посещение – контакт пациента с врачом и (или) средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, по любому поводу с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом);

25) профилактическое посещение – случай поликлинического обслуживания, не связанный с заболеванием, в том числе осмотр отдельных контингентов здорового населения (дети первых шести лет жизни, школьники, подростки (юноши и девушки), женщины с нормально протекающей беременностью), а также посещение по поводу проведения прививок в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и Календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям¹ и иными нормативными документами, осмотр здорового населения;

26) диспансерное посещение – случай поликлинического обслуживания, связанный с диспансерным приемом здоровых граждан, наблюдением за больными хроническими или отдельными формами острых заболеваний, а также посещения диспансерным контингентом в период ремиссии, в связи с оформлением документов для медико-социальной экспертизы или санаторно-курортного лечения (подлежит учету в качестве профилактического посещения);

27) патронаж – активное посещение диспансерных больных по инициативе врача (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием), наблюдение на дому беременных и матерей в первое время после родов, наблюдение новорожденных и детей до трех лет жизни, динамическое наблюдение за контактными лицами в эпидемиологическом очаге (источник инфекции) и т.п. (подлежит учету в качестве профилактического посещения);

28) консультативное посещение – случай поликлинического обслуживания, выполненный по направлению лечащего врача к врачу-специалисту по поводу уточнения диагноза, обследования, лечения или коррекции всей тактики ведения больного (подлежит учету в качестве профилактического посещения);

29) разовое (однократное) посещение в связи с заболеванием – случай поликлинического обслуживания, связанный с заболеванием, в том числе

¹ Национальный календарь профилактических прививок и Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 № 125н.

прерванный в связи с госпитализацией пациента, направлением для продолжения лечения в другую медицинскую организацию, отказом пациента от дальнейшего лечения (подлежит учету в качестве профилактического посещения);

30) посещение при оказании неотложной помощи – случай оказания медицинской помощи в неотложной форме больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе на дому и в амбулаторных условиях персоналом больничных подразделений и подразделений скорой медицинской помощи больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе на дому;

31) посещение, выполненное мобильной медицинской бригадой – случай оказания амбулаторной медицинской помощи мобильной медицинской бригадой жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климатогеографических условий² (подлежит учету в качестве профилактического посещения);

32) прочее посещение – случай поликлинического обслуживания, не связанный с заболеванием и обследованием пациента: посещение для повторной выписки рецепта, закрытия листка нетрудоспособности по уходу за больным и т.п. (подлежит учету в качестве профилактического посещения);

33) доврачебное посещение – посещение, оказанное средним медицинским персоналом в случаях ведения самостоятельного приема во врачебном амбулаторно-поликлиническом учреждении, фельдшерско-акушерском пункте, школе, дошкольном учреждении, в том числе посещение по поводу процедур, манипуляций (подлежит учету в качестве профилактического посещения);

34) посещение по поводу процедур, манипуляций – посещение среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, по поводу процедур или манипуляций, сопровождаемое назначением и (или) выполнением лечения, записями динамического наблюдения, постановкой диагноза и другими записями в медицинской документации на основании наблюдения за пациентом (подлежит учету в качестве профилактического посещения);

35) посещение в приемном отделении – случай оказания медицинской помощи в неотложной форме, в том числе с использованием параклинических методов исследования, не завершившийся госпитализацией застрахованного лица в данную медицинскую организацию;

36) условная единица трудоемкости при оказании стоматологической

² Перечень населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климатогеографических условий, которым первичная медико-санитарная помощь оказывается мобильными медицинскими бригадами, определяется приказом министерства.

помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи (на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме) и необходимый для лечения среднего кариеса при наложении одной пломбы;

37) обращение – законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе необходимые диагностические и лечебные услуги, приемы лечащего врача и консультации врачей-специалистов;

38) обращение в связи с заболеванием – законченный случай оказания пациенту амбулаторно-поликлинического учреждения, соответствующего структурного подразделения больничного учреждения или другой медицинской организации, в том числе оказывающего специализированную медицинскую помощь, в связи с заболеванием, включая необходимые диагностические обследования и консультации врачей-специалистов (при оказании медицинской помощи, не требующей экстренных или неотложных мероприятий), в том числе посещение по поводу заболевания пациента на дому врачом или средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, включающий в себя не менее двух посещений по поводу одного заболевания;

39) обращение при проведении диспансеризации определенных групп населения, а также профилактических осмотров – законченный случай оказания пациенту амбулаторной медицинской помощи, включающий объем функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров, предусмотренных порядком их проведения, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

40) внешняя медицинская услуга – дорогостоящая диагностическая и лечебная услуга, оказываемая застрахованным лицам в медицинской организации – исполнителе согласно решению Комиссии и в установленном ею объеме исходя из потребности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь (по направлению врача-специалиста медицинской организации – заказчика) и оплачиваемая согласно настоящему тарифному соглашению;

41) случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях или (или) условиях дневного стационара, в качестве оформления которого предусмотрено ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС;

42) высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

43) клинико-статистическая группа заболеваний (далее – КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных

по используемым методам диагностики и лечения пациентов, а также средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

44) подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, установленных настоящим тарифным соглашением, для которой установлен коэффициент относительной затратноемкости, отличный от коэффициента относительной затратноемкости КСГ согласно Методических рекомендаций;

45) правила группировки КСГ – правила применения перечня КСГ, которые определены расшифровками КСГ и Инструкцией по группировке случаев, в том числе правил учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, направленными письмом ФОМС от 03.12.2018 № 15031/26-1/и в дополнение к Методическим рекомендациям;

46) базовая ставка тарифа (базовый тариф) – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

47) коэффициент дифференциации (далее КфД) – установленный постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчете тарифов;

48) коэффициент дифференциации тарифов (далее – КфДТ) – коэффициент, применяемый к базовым тарифам на оплату медицинской помощи, которым учитываются ресурсоемкость оказываемой медицинской помощи в зависимости от возраста пациентов с учетом его половой принадлежности, методов лечения, цели обращения за медицинской помощью и иных объективных критериев (коэффициент относительной затратноемкости, коэффициент дифференциации подушевого норматива);

49) коэффициент относительной затратноемкости (далее – КфОЗ) – устанавливаемый Методическими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке тарифа);

50) коэффициент дифференциации подушевого норматива (далее – КфПД) – коэффициент, которым учитываются затраты на содержание отдельных подразделений или выполнение отдельных функций при оказании первичной медико-санитарной помощи или скорой медицинской помощи;

51) поправочный коэффициент (далее – КфПК) – коэффициент, применяемый к тарифам на оплату медицинской помощи для нивелирования

арифметических округлений и (или) интегрированный коэффициент, устанавливаемый с учетом коэффициентов оплаты (управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациента);

52) управленческий коэффициент (далее – КфУК) – коэффициент, позволяющий корректировать тариф с целью регулирования уровня госпитализации, учета региональных особенностей оказания специализированной медицинской помощи, стимулирования к внедрению современных методов лечения, ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий;

53) коэффициент уровня оказания медицинской помощи (далее – КфУР) – коэффициент, которым учитывается различие расходов медицинских организаций в зависимости от уровня оказания медицинской помощи;

54) коэффициент подуровня оказания медицинской помощи (далее – КфПУ) – коэффициент, которым учитывается различие расходов медицинских организаций, отнесенных к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленных объективными причинами;

55) коэффициент сложности лечения пациента (далее – КфСЛ) – коэффициент, которым учитывается более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи в отдельных случаях лечения в зависимости от возраста пациента с учетом его половой принадлежности, наличия сопутствующего заболевания, опасных для жизни состояний, осложнений основного заболевания, тяжести состояния пациента, и других объективных причин, требующих создания в отдельных случаях по медицинским показаниям особых условий наблюдения за пациентом, учитывающий большую ресурсоемкость примененных медицинских технологий, а также сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями;

56) вызов скорой медицинской помощи – случай обращения в медицинскую организацию (отделение) скорой медицинской помощи по поводу заболевания, несчастного случая, травмы, отравления или другого состояния, представляющего угрозу жизни пациента, требующего срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации, в результате которого пациенту была оказана скорая медицинская помощь выездной бригадой скорой медицинской помощи;

57) ПСМП – подразделение скорой медицинской помощи;

58) медицинская эвакуация – транспортировка граждан в медицинские организации в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий), с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

59) региональный сегмент Единого регистра застрахованных лиц (далее – РС ЕРЗ) – форма персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах на территории Ставропольского края, который ведется фондом и является неотъемлемой частью центрального сегмента Единого регистра застрахованных лиц.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 6. Общие правила применения тарифов

1. Тарифы применяются с даты, определенной настоящим тарифным соглашением (далее – дата введения тарифов), и действуют в течение финансового года. При введении в течение финансового года новых тарифов ранее действовавшие тарифы не подлежат применению.

2. Тарифы применяются в соответствии с правилами, установленными настоящим тарифным соглашением. При формировании стоимости случая оказания медицинской помощи применяются тарифы, действующие на момент окончания лечения.

3. Срок действия тарифов может быть продлен на срок до трех лет, о чем на основании решения Комиссии сторонами подписываются изменения к настоящему тарифному соглашению.

Статья 7. Общие принципы и порядок формирования тарифов

1. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи по ОМС и компенсируемых средствами ОМС расходов по предоставлению застрахованным лицам медицинской помощи по ОМС осуществляется в пределах финансовых средств, предусмотренных в бюджете фонда на соответствующий финансовый год.

2. Формирование тарифов осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и с учетом нижеследующего:

структура тарифов установлена Федеральным законом и Территориальной программой;

способы оплаты медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, устанавливаются Территориальной программой;

тарифы формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения и включают в себя виды затрат (расходов), компенсируемых средствами ОМС согласно Территориальной программе (включенных в структуру тарифов).

3. Тарифы рассчитываются Комиссией в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной Правилами, и Методическими рекомендациями:

на основе ПдНФ на прикрепившихся к медицинской организации

(обслуживаемых медицинской организацией) застрахованных лиц;

на одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, в том числе на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

на одно обращение в связи с заболеванием;

на одно обращение в связи с проведением диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан;

на один вызов скорой медицинской помощи;

на медицинскую услугу по видам медицинских услуг, определенных Территориальной программой, или стоматологических лечебно-диагностических услуг, оказываемых за счет средств ОМС;

за законченный или прерванный случай оказания медицинской помощи, включенный в КСГ;

за случай оказания ВМП, включенной в перечень видов ВМП, оплачиваемой за счет средств ОМС, в соответствии с территориальной программой ОМС (далее – норматив финансовых затрат ВМП).

4. Перечень КСГ формируется согласно Методических рекомендаций.

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, выполнении хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. Исключением являются КСГ, включенные в профили «медицинская реабилитация»³ и «гериатрия», лечение которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» и «гериатрия» соответственно.

С учетом нижеуказанных квалификационных критериев в составе предусмотренных Методическими рекомендациями нижеследующих КСГ выделены подгруппы:

КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» – в зависимости от используемого генно-инженерного препарата, включенного в Перечень ЖНиВЛП и клинические рекомендации;

КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» – в зависимости от проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также криоконсервации и размораживания эмбрионов.

5. Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Ставропольского края приведен в приложении 1 к настоящему тарифному соглашению.

³ Разъяснения по вопросу лицензирования оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» направлены письмом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 27.10.2015 № 03-33889/15.

Статья 8. Общие принципы оплаты медицинской помощи

1. Оплата медицинской помощи, оказанной согласно территориальной программы ОМС на территории Ставропольского края, осуществляется в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами, регулирующими порядок оплаты медицинской помощи средствами ОМС, настоящим тарифным соглашением, иными утвержденными в установленном порядке нормативными правовыми актами, регуливающими правоотношения в сфере ОМС, а также в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенных по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

2. Настоящее тарифное соглашение является неотъемлемой частью заключенных медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями или фондом договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории Ставропольского края, производится по тарифам, установленным настоящим тарифным соглашением, в пределах плановых объемов медицинской помощи в расчете на квартал.

Объемы плановой медицинской помощи с применением методов заместительной почечной терапии устанавливаются или изменяются на основании Реестра застрахованных лиц, страдающих хронической почечной недостаточностью, получающих медицинскую помощь с применением методов заместительной терапии, порядок ведения которого определяется министерством и фондом.

4. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим скорую и амбулаторно-поликлиническую помощь, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи в пределах нормативов территориальной программы ОМС с учетом предложений медицинских организаций, сформированных посредством единого информационного ресурса, организованного фондом.

5. Для обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в объеме территориальной программы ОМС медицинские организации самостоятельно регулируют выполнение плановых объемов медицинской помощи, в том числе способом установления очередности оказания плановой медицинской помощи с соблюдением условий оказания медицинской помощи, установленных базовой

программой ОМС, и длительности ожидания плановой медицинской помощи, установленной Территориальной программой.

6. Оплата медицинской помощи производится на основании предъявленных медицинскими организациями счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, сформированных в соответствии с установленными требованиями:

страховыми медицинскими организациями в соответствии с условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и условиями договора о финансовом обеспечении ОМС, заключенного по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования»;

фондом на основании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, предъявляемых медицинскими организациями в фонд:

1) в случае прекращения (расторжения) в установленном порядке договора о финансовом обеспечении ОМС, при этом в соответствии с Федеральным законом фонд оплачивает медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным страховой медицинской организацией, с которой прекращен (расторгнут) договор о финансовом обеспечении ОМС на основании условий договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, до момента выбора застрахованными лицами другой страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС на территории Ставропольского края, но не более двух месяцев;

2) в рамках межтерриториальных расчетов в соответствии с Правилами в рамках базовой программы ОМС, при этом проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется фондом.

7. Оплата медицинской помощи производится страховыми медицинскими организациями или фондом с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведенного в соответствии с Порядком контроля, на основании счетов на оплату, предъявленных медицинскими организациями, в сроки и на условиях, установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

8. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Ставропольского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по видам, условиям и формам, включенным в базовую программу ОМС, способами и по тарифам, действующим на территории Ставропольского края.

Статья 9. Правила применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1. Оплата первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи, а также предоставляемой в амбулаторных условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи врачами-специалистами, в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется по ФПдНФ в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, оказываемой акушером-гинекологом, акушеркой, врачом травматологом-ортопедом травматологического пункта, неотложной медицинской помощи, стоматологической медицинской помощи, консультативных посещений, а также мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, посещений центров здоровья – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).

2. Оплата первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой акушером-гинекологом, акушеркой, врачом травматологом-ортопедом травматологического пункта, неотложной медицинской помощи, стоматологической медицинской помощи, консультативных посещений, диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, посещений центров здоровья осуществляется за законченный случай оказания медицинской помощи по тарифам обращения или посещения, а также медицинских услуг по перечню медицинских услуг, установленных настоящим тарифным соглашением.

3. Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, кроме случаев, установленных статьями 12 и 13 настоящего тарифного соглашения, предъявляется к оплате по установленным настоящим тарифным соглашением тарифам обращения или посещения, а также по тарифам медицинских услуг согласно настоящему тарифному соглашению.

Тариф обращения, кроме обращения в связи с проведением мероприятий по диспансеризации, профилактического медицинского осмотра или обращения в центр здоровья, а также тариф посещения определяются в зависимости от специальности медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и цели обращения за медицинской помощью согласно настоящему тарифному соглашению.

4. Оплата первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи, а также предоставляемой в амбулаторных условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации лицам, а также в медицинских организациях экспертного уровня или оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «медицинская реабилитация», не имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).

медицинскую помощь в амбулаторных условиях

1. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по ФПдНФ, исходя из количества прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), определены в приложении 2 к настоящему тарифному соглашению.

2. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (структурные подразделения медицинских организаций) и не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), определены в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

Статья 11. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по ФПдНФ

1. По тарифу ФПдНФ оплачивается, оказываемая в амбулаторных условиях прикрепившимся к медицинской организации для обслуживания по территориально-участковому принципу лицам первичная доврачебная и врачебная медико-санитарная помощь врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей врачебной практики, фельдшерами по территориально-участковому принципу, врачами и средним медицинским персоналом медицинских кабинетов и (или) здравпунктов, ДШО, а также первичная специализированная медико-санитарная помощь за исключением:

неотложной медицинской помощи, медицинской помощи, оказываемой врачом акушером-гинекологом, акушеркой, врачом травматологом-ортопедом травматологического пункта, стоматологической медицинской помощи, консультативных посещений, мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, посещений центров здоровья и определенных настоящим тарифным соглашением медицинских услуг;

посещений и обращений к врачам-специалистам медицинских организаций экспертного уровня или оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «медицинская реабилитация».

В тарифе ФПдНФ включены в том числе средства для оплаты указанной в первом абзаце части 1 настоящей статьи первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи, а также предоставляемой в амбулаторных условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи врачами-

специалистами, за исключением медицинской помощи, указанной в абзацах втором и третьем части 1 настоящей статьи.

2. При оплате медицинской помощи по тарифу ФПдНФ в реестры счетов на оплату медицинской помощи ОМС в обязательном порядке включаются все единицы объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по установленным тарифам.

Информация об оказанной в амбулаторных условиях медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по ФПдНФ, формируется и предоставляется плательщику отдельным реестром счетов.

Статья 12. Правила применения тарифа ФПдНФ медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1. По тарифу ФПдНФ оплачивается первичная врачебная, доврачебная и специализированная медико-санитарная помощь, указанная в статье 11 настоящего тарифного соглашения, застрахованным на территории Ставропольского края лицам, прикрепившимся к медицинской организации для обслуживания в установленном порядке на основании данных РС ЕРЗ по состоянию на первое число отчетного месяца. При этом из суммы, подлежащей перечислению, на основании акта расчетов по ФПдНФ, составляемого по установленной фондом форме, страховой медицинской организацией удерживается стоимость такой медицинской помощи, оказанной прикрепившимся лицам в других медицинских организациях на территории Ставропольского края и подлежащей оплате по тарифу посещения, обращения и медицинской услуги за исключением следующих медицинских организаций:

ГБУЗ СК «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер»;

ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер»;

ГБУЗ СК «Краевой эндокринологический диспансер»;

ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница»;

ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер»;

ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр»;

ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1»;

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница»;

ГБУЗ СК «Краевой клинический специализированный уроандрологический центр»;

ГБУЗ СК «Краевая специализированная клиническая инфекционная больница»;

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя;

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница № 2» города Ставрополя;

ГБУЗ СК «Городская детская клиническая больница имени Г.К. Филиппского» города Ставрополя;

ГБУЗ СК «Невинномысский городской специализированный лечебно-реабилитационный центр»;

ГБУЗ СК «Пятигорский краевой специализированный кардиохирургический центр»;

ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный онкологический диспансер»;

ГБУЗ СК «Ессентукская городская специализированная инфекционная больница»;

ГБУЗ СК «Кисловодская городская специализированная инфекционная больница»;

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России;

АНМО «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр»;

ООО «Центр клинической фармакологии и фармакотерапии»;

ООО «Медфармсервис»;

ООО «Центр доктора Бубновского на Кавказских Минеральных Водах».

Плательщик информирует медицинскую организацию, к которой прикрепилось застрахованное лицо, о медицинской помощи, оказанной прикрепившемуся застрахованному лицу в амбулаторных условиях другими медицинскими организациями, и ее стоимости, удерживаемой из финансового обеспечения по ФПдНФ.

2. До момента реализации застрахованным лицом права на выбор медицинской организации и врача (фельдшера), оказывающего первичную медико-санитарную помощь, прикрепившимися для обслуживания считаются застрахованные лица, проживающие на обслуживаемом участке и находящиеся на медицинском обслуживании врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) или фельдшером.

3. Медицинские организации ежемесячно предоставляют в страховые медицинские организации (в сроки согласно договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС) сведения о застрахованных лицах, подавших в течение отчетного месяца заявления о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, а также о прикрепленных на основании информации о месте фактического проживания в отчетном месяце для получения первичной медико-санитарной помощи застрахованных лицах.

Статья 13. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в ДШО

1. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в ДШО осуществляется способом установления коэффициента дифференциации к тарифу ФПдНФ, учитывающего численность обслуживаемого соответствующим подразделением застрахованного населения и расходы на содержание ДШО.

2. В реестры обслуживаемого населения подлежат включению

обслуживаемые ДШО застрахованные лица, обучающиеся в образовательных организациях, за исключением обучающихся по программам высшего и дополнительного профессионального образования, и лиц, застрахованных на территории иных субъектов Российской Федерации. Реестры обслуживаемого населения или изменения к ним предоставляются в страховую медицинскую организацию в сроки согласно договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС ежемесячно по состоянию на первое число отчетного месяца.

При выявлении в реестрах обслуживаемого населения дублирующих записей об обслуживаемых лицах, также в случае предъявления на оплату медицинской помощи лицам старше восемнадцати лет, обоснованность предъявления к оплате медицинской помощи, предоставляемой ДШО, подтверждается медицинской организацией по запросу плательщика в процессе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Статья 14. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, оплачиваемая по тарифу посещения, обращения, медицинской услуги

1. По тарифу посещения или обращения и медицинской услуги оплачивается оказываемая не прикрепившимся к медицинской организации для обслуживания по территориально-участковому принципу лицам первичная доврачебная, врачебная и специализированная медико-санитарная помощь, а прикрепившимся к медицинской организации для обслуживания по территориально-участковому принципу лицам – специализированная медико-санитарная помощь, указанная в части 4 статьи 9 настоящего тарифного соглашения, в плановой и неотложной форме.

Вышеуказанная медицинская помощь включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни (тарифицированные в единицах объема медицинской помощи), в том числе выполненные при обращении пациента за медицинской помощью при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения.

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

3. Случай лечения заболевания считается завершенным при наступлении клинического исхода (улучшение, выздоровление) и (или) организационного исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, в том числе в стационар дневного пребывания, перевод в

другую медицинскую организацию, отказ от получения медицинской помощи, в том числе неявка пациента, прекращение наблюдения, вне зависимости от формы лечения).

4. При продолжении начатого ранее лечения в другой медицинской организации или направлении на консультацию, обследование в другую медицинскую организацию, а также при диагностическом или восстановительном лечении в другой медицинской организации, к оплате предъявляются фактически выполненные объемы медицинской помощи каждой медицинской организации по соответствующим тарифам.

Статья 15. Правила применения тарифов посещения при оплате первичной медико-санитарной помощи

1. При расчетах за оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях как законченный случай оказания медицинской помощи по тарифу посещения оплачиваются следующие случаи однократного оказания медицинской помощи:

посещения пациентом медицинской организации в связи с заболеванием или с иной целью, кроме случаев выполнения пациенту хирургического вмешательства;

посещения пациентом медицинской организации, в связи с отказом пациента от дальнейшего лечения, в том числе в связи неявкой на повторный прием или по иным независимым от медицинской организации причинам при выполнении хирургического вмешательства;

посещения при наблюдении здоровых детей первого года жизни;

проведения профилактических медицинских осмотров совершеннолетних студентов и учащихся образовательных учреждений высшего, среднего и начального профессионального образования дневной формы обучения;

проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;

выполнения диспансерного наблюдения беременных женщин;

посещения при диспансерном наблюдении (включая необходимые диагностические исследования);

посещения по поводу проведения прививок в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и Календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, иными нормативными документами (финансовое обеспечение приобретения иммунобиологических препаратов предоставляется за счет средств соответствующих бюджетов в соответствии с законодательством Российской Федерации).

2. Посещение среднего медицинского персонала подлежит оплате в случае ведения самостоятельного приема с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного.

3. Два и более посещения в один день к врачу (специалисту со средним медицинским образованием, ведущему самостоятельный прием) одной специальности (профиля) в одной медицинской организации предъявляются к оплате в случаях, установленных частью 1 статьи 15 настоящего тарифного соглашения, как одно посещение, кроме посещений к врачам центров здоровья или повторных посещений для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, которые предъявляются к оплате по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу посещения.

4. Оплате как посещение не подлежат консультации врачами поликлиник больных, находящихся на лечении в стационарных условиях.

5. Оплате как однократное посещение не подлежит первое посещение в связи с оказанием медицинской помощи в связи с заболеванием в амбулаторных условиях или на дому, кроме посещений при оказании неотложной медицинской помощи, если случай лечения в связи с заболеванием продолжается, и медицинская помощь подлежит оплате в соответствии со статьей 16 настоящего тарифного соглашения.

6. Посещение при оказании неотложной медицинской помощи подлежит оплате в случае оказания неотложной медицинской помощи врачом терапевтом, врачом терапевтом участковым, врачом педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, выполняющим отдельные функции лечащего врача, врачом (фельдшером) кабинета (отделения) неотложной помощи, врачом травматологом-ортопедом, урологом, урологом-андрологом детским, кардиологом, кардиологом детским, хирургом, хирургом детским, колопроктологом, офтальмологом, оториноларингологом, неврологом и инфекционистом.

7. Групповое профилактическое консультирование врачом-специалистом пациентов с хронической патологией, состоящих на диспансерном учете по соответствующему заболеванию, предъявляется к оплате по тарифу диспансерного посещения соответствующего врача-специалиста с коэффициентом 0,3. Посещения, выполненные врачом-специалистом в ходе группового профилактического консультирования в порядке, установленном приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации⁴, подлежат оплате не чаще одного раза в течение календарного года и если сопровождаются записью в первичной медицинской документации.

⁴ Оплате подлежат школы здоровья для больных сахарным диабетом, с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью и с пульмонологическими заболеваниями, алиментарно-зависимыми заболеваниями организуемые в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», от 15.11.2012 № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» и от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, от 15.11.2012 № 920 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «диетология».

Статья 16. Правила применения тарифов обращения при оплате первичной медико-санитарной помощи

1. Количество и набор необходимых диагностических и лечебных услуг, приемов лечащего врача и консультаций врачей-специалистов в обращении определяется с учетом профиля заболевания пациента и его состояния, а также согласно порядкам оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, при их отсутствии, в соответствии со сложившейся клинической практикой. При этом обращение включает не менее двух приемов лечащего врача по поводу одного заболевания.

2. Случай оказания медицинской помощи в связи с заболеванием предъявляется к оплате по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу обращения в связи с заболеванием, кроме случаев однократного посещения пациентом медицинской организации, который предъявляется к оплате в соответствии с частью 1 статьи 15 настоящего тарифного соглашения.

Посещения, выполненные находящемуся на амбулаторном лечении в медицинской организации пациенту, оплате дополнительно к тарифу обращения не подлежат, кроме посещений к врачам центров здоровья.

3. Если при оказании первичной медико-санитарной помощи пациент направлен для лечения в амбулаторных условиях к врачу-специалисту, случай оказания медицинской помощи в связи с заболеванием предъявляется к оплате по тарифу обращения в связи с заболеванием согласно специальности врача-специалиста, оказавшего медицинскую помощь, и дополнительно по тарифу однократного посещения направившего врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики или фельдшера.

Если при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в один период времени пациент лечится у нескольких врачей-специалистов по поводу разных, не связанных между собой заболеваний, случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу каждого выполненного обращения в связи с заболеванием согласно специальности врача-специалиста, оказавшего медицинскую помощь. В этом случае обоснованность оказания медицинской помощи в связи с заболеванием в амбулаторных условиях несколькими врачами-специалистами подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

4. Случай оказания амбулаторной медицинской помощи пациенту при длительно текущем остром заболевании (более одного месяца) исключительно в амбулаторных условиях, при обострении хронического заболевания, диспансерном наблюдении больных хроническими неинфекционными заболеваниями, при диспансерном наблюдении беременных женщин с выявленной патологией как законченный случай оплачивается оказанная за истекший отчетный период медицинская помощь (ежемесячно) по тарифу

обращения в связи с заболеванием при наличии двух или более посещений в отчетном месяце.

В случае однократного посещения пациентом медицинской организации в отчетном месяце, а также посещения женщиной медицинской организации при установлении диагноза беременности до постановки на учет оказанная медицинская помощь оплачивается как профилактическое посещение или прочее посещение (в зависимости от цели обращения за медицинской помощью).

5. Если при оказании амбулаторной медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с кодом Номенклатуры указывается код хирургического вмешательства или коды хирургических вмешательств, если их было несколько.

6. В число посещений, входящих в обращение в связи с заболеванием, не входят и подлежат оплате по установленным тарифам посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

Статья 17. Правила применения тарифов обращения при оплате мероприятий по диспансеризации определенных групп населения

1. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по 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 предьявляется к оплате по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу обращения при условии выполнения стандарта законченного случая соответствующей диспансеризации, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации, или ее первого этапа и при необходимости дополнительных консультаций и исследований.

Если по основаниям, установленным порядком проведения соответствующей диспансеризации, ребенку проведены дополнительные консультации и исследования, указанная медицинская помощь предьявляется к оплате по тарифу посещения соответствующего врача-специалиста дополнительно к тарифу обращения в связи с проведением диспансеризации.

2. В случае если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), перечисленных в приказе Министерством здравоохранения Российской Федерации, указанная медицинская организация привлекает для проведения диспансеризации 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 медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими медицинскими организациями.

3. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения предъявляется к оплате по правилам проведения соответствующей диспансеризации, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФОМС:

1) по итогам первого этапа диспансеризации:

в случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врачом-терапевтом – по установленной настоящим тарифным соглашением стоимости обращения;

в случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но если выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра – по тарифу посещения в связи с проведением профилактического медицинского осмотра взрослого населения (учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр);

2) по итогам второго этапа диспансеризации в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена в ходе диспансеризации – по тарифам посещений врачей-специалистов, участвовавших в проведении диспансеризации, и оказанных медицинских услуг.

4. Если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации в соответствии с определенным Министерством здравоохранения Российской Федерации порядком ее проведения, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных в соответствии с порядком проведения диспансеризации осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные посещения и медицинские услуги.

5. Единицей учета врачебных осмотров при проведении мероприятий по диспансеризации определенных групп населения является профилактическое

посещение.

Статья 18. Правила применения тарифов обращения при оплате мероприятий по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних

1. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних предъявляется к оплате по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу обращения при условии выполнения стандарта законченного случая соответствующего мероприятия, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2. В случае если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), перечисленных в приказе Министерством здравоохранения Российской Федерации, указанная медицинская организация привлекает для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими медицинскими организациями.

Статья 19. Правила применения тарифов медицинской услуги при оплате первичной медико-санитарной помощи

1. К оплате в установленных настоящим тарифным соглашением случаях предъявляются следующие медицинские услуги:

исследования с применением иммуногистохимических методов;

исследование методами компьютерной томографии (далее – КТ);

исследование методами магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ);

исследование методами радиоизотопной диагностики;

исследование методами сцинтиграфии;

диализ;

иные дорогостоящие диагностические и лечебные услуги по перечню, установленному настоящим тарифным соглашением.

2. Оплата вышеуказанных медицинских услуг производится дополнительно к оплате по тарифу ФПдНФ, посещения и обращения в связи с направлением лечащего врача, оказывающего амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь.

Предъявление к оплате вышеуказанных медицинских услуг осуществляется по установленным настоящим тарифным соглашением кодам

медицинских услуг путем формирования дополнительной позиции в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС.

3. При предъявлении для оплаты исследований методами КТ и МРТ медицинские организации руководствуются номенклатурой медицинских услуг по лучевой диагностике, утвержденной министерством.

4. При проведении пациенту методами КТ или МРТ исследования одного органа или одной группы органов в случае необходимости продолжения исследования с усилением, услуга предъявляется к оплате как одно исследование по тарифу медицинской услуги, установленному для соответствующего исследования с усилением.

В случае проведения пациенту методами КТ или МРТ исследования одновременно нескольких органов (двух и более), принадлежащих к одной группе исследуемых органов, услуга предъявляется к оплате как одно исследование по тарифу медицинской услуги, установленному для исследуемой группы органов.

Статья 20. Правила применения тарифов при оплате внешних медицинских услуг

1. Направление пациента для оказания внешних медицинских услуг, для которых настоящим тарифным соглашением предусмотрен тариф диагностической услуги, производится медицинскими организациями – заказчиками на основании направления лечащего врача, оказывающего амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, наличия медицинских показаний при невозможности оказать услугу для достижения результата обращения за медицинской помощью необходимый объем исследований.

2. Оплата внешних медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями – исполнителями, производится страховыми медицинскими организациями за фактические оказанные внешние медицинские услуги в соответствии с настоящим тарифным соглашением. При этом оплате подлежат случаи оказания медицинских услуг, подтвержденные направлениями медицинских организаций – заказчиков, в пределах объемов, установленных Комиссией.

Для обеспечения достоверности расчетов и контроля объема выполненных внешних услуг медицинские организации – заказчики ежемесячно не позднее 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, направляют реестры выданных направлений в медицинские организации – исполнители и в страховые медицинские организации. Страховые медицинские организации и медицинские организации – заказчики ежемесячно осуществляют сверку представленных данных с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по ОМС медицинских организаций – исполнителей. Страховые медицинские организации ежеквартально проводят медико-экономический контроль предъявления к оплате случаев оказания внешних медицинских услуг сверх распределенного Комиссией объема медицинской

помощи согласно Порядку контроля.

3. Оплата медицинских услуг, не предусмотренных настоящим тарифным соглашением, или внешних медицинских услуг в объеме, превышающем установленный Комиссией, заказываемых в иных медицинских организациях или клиничко-диагностических лабораториях при невозможности их выполнить для достижения результата обращения за медицинской помощью, производится медицинскими организациями согласно заключенным договорам (контрактам) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в том числе законодательством о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

Статья 21. Особенности применения тарифов медицинской услуги диализа при оплате первичной медико-санитарной помощи

1. При выполнении пациентам, страдающим хронической почечной недостаточностью, диализа в амбулаторных условиях (если обеспечение лекарственными препаратами финансируется из иных нежели ОМС средств), оказанная медицинская помощь предъявляется на оплату по тарифу медицинской услуги - за одну услугу экстракорпорального диализа или один день перитонеального диализа.

2. Для учета выполненных объемов диализной медицинской помощи лечение пациента в течение календарного месяца учитывается как одно обращение в связи с заболеванием (в среднем - 12 услуг экстракорпорального диализа или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение календарного месяца). При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в установленном порядке указывается информация об обращении без указания его стоимости, предъявленной к оплате.

При выполнении диализа в амбулаторных условиях обеспечение пациента лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений, осуществляется за счет иных нежели ОМС средств.

Статья 22. Правила применения тарифов медицинской услуги при оплате стоматологической помощи

1. Законченный случай оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость оказанных врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения за медицинской помощью стоматологических лечебно-диагностических услуг с указанием в реестре счетов кода выполненного посещения или обращения согласно количеству приемов. При этом необходимо учитывать среднюю кратность УЕТ в одном посещении – 3,9, в одном посещении с профилактической целью – 2,7, в одном обращении в связи с заболеванием – 8,5.

Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение с профилактической и иными целями, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых корректируется с учетом содержащегося в нем количества УЕТ.

2. Стоматологическая лечебно-диагностическая услуга предъявляется к оплате в случае, если соответствующая медицинская услуга не является составляющей частью оказанной пациенту комплексной медицинской услуги – приема (осмотра, консультации) врача-стоматолога или зубного врача.

3. При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС учитывается соблюдение при оказании стоматологической помощи принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение или обращение.

Статья 23. Правила оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях для определения показаний к госпитализации пациентов

1. В случаях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях персоналом медицинских организаций или их структурных подразделений (приемных отделений дневных стационаров или стационаров) для определения показаний к госпитализации пациентам, не подлежащим госпитализации, медицинская помощь предъявляется к оплате по тарифу посещения в приемном отделении.

2. Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в установленном порядке. При этом минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований.

Статья 24. Правила оплаты экстренной и неотложной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, персоналом больничных подразделений и подразделений скорой медицинской помощи

Экстренная и неотложная медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях персоналом больничных учреждений или других медицинских организаций, или их соответствующих структурных подразделений, предоставляющих специализированную медицинскую помощь, а также ПСМП при обращении пациента, не нуждающегося в госпитализации, непосредственно на станцию скорой медицинской помощи, предъявляется к оплате по тарифу посещения при оказании неотложной помощи.

Статья 25. Правила применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

1. Оплате за оказанную в стационарных условиях специализированную медицинскую помощь подлежат:

законченный или прерванный случай оказания в стационарных условиях медицинской помощи, включенный в КСГ, по тарифам соответствующих КСГ или в установленной настоящим тарифным соглашением доле соответствующего тарифа, кроме ВМП;

случай оказания ВМП по нормативу финансовых затрат на единицу объема ВМП, включенной в территориальную программу ОМС;

медицинские услуги диализа дополнительно к оплате случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ или к доле тарифа КСГ в рамках одного случая госпитализации в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящим тарифным соглашением.

2. В случае оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара пациентам в период их лечения в стационарных условиях, предоставленная первичная медико-санитарная помощь и специализированная помощь в условиях дневного стационара оплате не подлежит.

Статья 26. Правила применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

1. Оплате за оказанную в условиях дневного стационара первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь подлежат:

законченный или прерванный случай оказания в условиях дневного стационара медицинской помощи, включенный в КСГ, по тарифам соответствующих КСГ или в установленной настоящим тарифным соглашением доле соответствующего тарифа;

медицинские услуги диализа дополнительно к оплате случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ или к доле тарифа КСГ в рамках одного случая госпитализации в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящим тарифным соглашением.

2. В случае оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях пациентам в период их лечения в условиях дневного стационара, объем и качество предоставленной первичной медико-санитарной помощи и специализированной помощи в условиях дневного стационара подлежат экспертизе качества медицинской помощи.

Статья 27. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. Медицинская помощь в стационарных условиях оказывается медицинскими организациями, указанными в приложении 4 к настоящему тарифному соглашению.

2. Медицинская помощь в условиях дневного стационара оказывается медицинскими организациями, указанными в приложении 5 к настоящему тарифному соглашению.

Статья 28. Общие правила применения тарифов КСГ при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. Случай оказания первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу КСГ, а в установленных пунктом 8 настоящей статьи, статьей 31, настоящего тарифного соглашения случаях – в доле, определенной настоящим тарифным соглашением. В случае, установленном статьей 34 настоящего тарифного соглашения, стоимость случая оказания медицинской помощи формируется с учетом стоимости выполненных услуг диализа.

При соблюдении установленных Территориальной программой и настоящим тарифным соглашением требований к объему предоставляемой медицинской помощи, модели пациента, виду и методу лечения случай оказания специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по правилам, установленным частью 2 статьи 29 настоящего тарифного соглашения.

2. Законченный случай оказания первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу КСГ при условии достижения клинического результата обращения за медицинской помощью.

В случае не достижения клинического результата обращения за медицинской помощью прерванный случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате в порядке, установленном статьей 31 настоящего тарифного соглашения.

При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указываются коды выполненных медицинских услуг согласно Номенклатуре.

3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое или из одной медицинской организации в другую случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате согласно нижеуказанным правилам:

если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате как один случай оказания медицинской помощи по тарифу КСГ с наибольшим размером оплаты;

если перевод производится в пределах одной медицинской организации и сопровождается изменением условий оказания медицинской помощи (перевод из стационара в дневной стационар), а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате как один случай оказания медицинской помощи по тарифу КСГ условий, в которых преимущественно (по длительности фактического пребывания) оказывалась медицинская помощь;

если перевод производится из одной медицинской организации в другую, а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, оказанная в медицинской организации, направившей пациента для продолжения лечения в другую медицинскую организацию, медицинская помощь предъявляется к оплате в порядке, установленном статьей 31 настоящего тарифного соглашения для оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, кроме оказания в течение одного календарного месяца медицинской помощи в условиях дневного стационара по КСГ «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» и «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа», случаи оказания которой предъявляются к оплате за фактическое количество дней лечения пропорционально тарифу КСГ «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ».

4. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной) или из одной медицинской организации в другую, кроме указанных в части 3 настоящей статьи случаев, оба случая лечения заболевания подлежат оплате по тарифам соответствующих КСГ, если перевод обусловлен нижеследующим:

возникновением нового заболевания или состояния, входящим в другой класс МКБ 10 и не являющимся следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания;

оказанием специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в связи с лечением пациента после оказания ему ВМП при наличии медицинских показаний;

оказанием медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара после завершения лечения по поводу заболевания для проведения медицинской реабилитации;

оказанием медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения одного случая оказания медицинской помощи;

оказанием этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающего выписку пациента из стационара.

5. Если при оказании первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство или применена другая медицинская технология, являющаяся основным

классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ, оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате по тарифу хирургической или комбинированной КСГ.

Отнесение случая лечения к КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры и правилами группировки КСГ, при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код хирургического вмешательства или иной примененной медицинской технологии согласно Номенклатуре.

Если в течение одного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара пациенту было выполнено несколько хирургических вмешательств (медицинских технологий), случай оказания медицинской помощи предъявляется на оплату по тарифу хирургической КСГ большей стоимости – тарифу КСГ, которая имеет более высокий КфОЗ. При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указываются коды всех выполненных пациенту хирургических вмешательств и примененных при лечении медицинских технологий согласно Номенклатуре.

6. В случаях, предусмотренных правилами группировки КСГ, отнесение хирургического случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара к той или иной КСГ осуществляется с учетом дополнительных критериев группировки: клинического и (или) сопутствующих диагнозов, осложнения заболевания, пола и возраста пациента, длительности лечения, а также оценки состояния пациента по шкалам, примененной схемы лечения, МНН лекарственного препарата или количества дней проведения лучевой терапии, длительности непрерывного проведения искусственной вентиляции легких (комбинированная группа КСГ). При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код хирургического вмешательства или иной примененной медицинской технологии согласно Номенклатуре.

7. Если при оказании медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство или не применялась другая медицинская технология, являющаяся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ, случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу терапевтической КСГ, а случаях, предусмотренных правилами группировки КСГ – по тарифу соответствующей комбинированной КСГ.

Отнесение случая лечения к КСГ осуществляется по правилам группировки КСГ в соответствии с кодом клинического диагноза согласно МКБ 10, при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код МКБ 10, а также код МКБ 10 сопутствующих и других, предусмотренных форматом электронного файла реестра счетов, диагнозов при наличии таковых, а также код МКБ 10 диагноза при выписке в случае, если имело место изменение условий оказания медицинской помощи.

8. В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение, но тариф хирургической КСГ, к которой подлежит отнесению случай лечения согласно настоящей части, меньше тарифа терапевтической КСГ, к которой его можно было бы отнести в соответствии с кодом МКБ 10, случай предъявляется к оплате по тарифу терапевтической КСГ (при отсутствии подлежащей применению согласно правилам группировки КСГ комбинированной КСГ). В этом случае в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код хирургического вмешательства согласно Номенклатуре.

Вышеуказанное правило отнесения случая к КСГ большей стоимости не применяется для указанных в таблице 1 настоящего тарифного соглашения комбинаций терапевтических и хирургических КСГ, при которых случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу хирургической КСГ, сформированной согласно оказанной медицинской услуге (основной классификационный критерий).

Таблица 1

Перечень
комбинаций терапевтических и хирургических КСГ, при которых правило
предъявления случая оказания медицинской по тарифу КСГ большей
стоимости не применяется

№ стр.	№/код КСГ	Наименование КСГ, сформированной согласно услуге	№/код КСГ	Наименование КСГ, сформированной согласно диагнозу
	1	2	3	4
1.	st02.010/ HS1902.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	st02.008/ TS1902.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов
2.	st02.011/ HS1902.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	st02.008/ TS1902.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов
3.	st02.010/ HS1902.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	st02.009/ TS1902.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения

				женских половых органов
4.	st14.001/ HS1914.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	st04.002/ TS1904.002	Воспалительные заболевания кишечника
5.	st14.002/ HS1914.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	st04.002/ TS1904.002	Воспалительные заболевания кишечника
6.	st21.001/ HS1921.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	st21.007/ TS1921.007	Болезни глаза
7.	st34.002/ HS1934.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	st34.001/ TS1934.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые
8.	st34.002/ HS1934.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	st26.001/ TS1926.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети
9.	st30.006/ HS1930.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	st30.003/ TS1930.003	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов
10.	st09.001/ HS1909.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	st30.005/ TS1930.005	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов
11.	st31.002/ HS1931.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи	st31.017/ TS1931.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой

		(уровень 1)		ткани и другие болезни кожи
--	--	-------------	--	-----------------------------

9. В случае оказания медицинской помощи пациенту, госпитализированному для введения лекарственных препаратов, приобретаемых за счет иных кроме ОМС средств, такой случай оказания медицинской помощи предьявляется к оплате по тарифу КСГ «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» с указанием в качестве основного классификационного критерия кода МКБ 10 Z51 «Другие виды медицинской помощи».

10. При наличии у пациента сопутствующего заболевания, опасных для жизни состояний, осложнений основного заболевания, тяжести состояния пациента, создания в отдельных случаях по медицинским показаниям особых условий наблюдения за пациентом (развертывание индивидуального поста по медицинским показаниям, предоставление спального места и питания, при совместном нахождении с ребенком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя и т.п.), а также с учетом сложности лечения пациента, связанной с возрастом или иными причинами случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара предьявляется к оплате с применением КфСЛ, если по этим основаниям настоящим тарифным соглашением установлено его применение.

КфСЛ применяется при наличии достаточных оснований и объективных причин изменения (увеличения или уменьшения) стоимости оказанной пациенту медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара. При этом КфСЛ в связи с сопутствующим заболеванием применяется, если указанный сопутствующий диагноз не учтен правилами группировки КСГ и в соответствии со стандартом медицинской помощи проводилось лечение сочетанной патологии, требующей активных лечебно-диагностических мероприятий, не предусмотренных стандартом медицинской помощи при основном заболевании.

Обоснованность применения КфСЛ подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи, кроме КфСЛ, применяемых в связи с предоставлением спального места и питания законному представителю ребенка до достижения им возраста 4 лет, а также после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний.

11. При формировании стоимости случая лечения по КСГ, перечисленным в таблицах 2 и 3 применяется КфПУ равный 1.

Таблица 2

Перечень КСГ,
при формировании стоимости случая лечения в стационарных условиях, по
которым применяются КфПУ равный 1

№ стр.	№ КСГ	Код КСГ	Наименование КСГ
	1	2	3
1.	st04.001	TS1904.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
2.	st06.003	TS1906.003	Легкие дерматозы
3.	st15.008	CS1915.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
4.	st15.009	CS1915.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
5.	st16.003	TS1916.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
6.	st20.010	CS1920.010	Замена речевого процессора
7.	st27.001	TS1927.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
8.	st27.003	TS1927.003	Болезни желчного пузыря
9.	st27.005	TS1927.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
10.	st27.006	TS1927.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
11.	st27.010	TS1927.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
12.	st30.004	TS1930.004	Болезни предстательной железы
13.	st31.002	HS1931.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
14.	st31.012	TS1931.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
15.	st31.018	TS1931.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
16.	st32.011	HS1932.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
17.	st32.012	HS1932.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
18.	st32.013	HS1932.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
19.	st32.014	HS1932.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
20.	st32.015	HS1932.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
21.	st36.001	CS1936.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
22.	st36.003	CS1936.003.1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных

			иммунодепрессантов с использованием препарата Этанерцепт (Энбрел)
23.	st36.003	CS1936.003.2	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Голимумаб (Симпони)
24.	st36.003	CS1936.003.3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Адалимумаб (Хумира)
25.	st36.003	CS1936.003.4	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Абатацепт (Оренсия)
26.	st36.003	CS1936.003.5	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Тоцилизумаб (Актемра)
27.	st36.003	CS1936.003.6	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Устекинумаб (Стелара)
28.	st36.003	CS1936.003.7	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Омализумаб (Ксолар)
29.	st36.003	CS1936.003.8	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Цертолизумаба пэгол (Симзия)
30.	st36.003	CS1936.003.9	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Инфликсимаб (Ремикейд)
31.	st36.003	CS1936.003.10	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Ведолизумаб (Энтивио)
32.	st36.007	HS1936.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Таблица 3

Перечень КСГ,
при формировании стоимости случая лечения в условиях дневного стационара,
по которым применяются КфПУ равный 1

№ стр.	№ КСГ	Код КСГ	Наименование КСГ
	1	2	3
1.	ds02.005	HD1902.005.1	Экстракорпоральное оплодотворение (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))
2.	ds02.005	HD1902.005.2	Экстракорпоральное оплодотворение (проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл))
3.	ds02.005	HD1902.005.3	Экстракорпоральное оплодотворение (полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов)
4.	ds02.005	HD1902.005.4	Экстракорпоральное оплодотворение (полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов)
5.	ds02.005	HD1902.005.5	Экстракорпоральное оплодотворение (размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос))

Статья 29. Особенности применения тарифов при оплате специализированной медицинской помощи в стационарных условиях

1. Расходы на медицинскую помощь, оказываемую в реанимационных отделениях медицинских организаций (палатах интенсивной терапии), входят в общий объем предоставляемой по соответствующему профилю медицинской помощи, которая компенсируется по тарифу КСГ.

2. Случай оказания ВМП предъявляется к оплате по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП, определенному Территориальной программой, при соответствии кода клинического диагноза согласно МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения параметрам, определенным Территориальной программой, независимо от средней длительности лечения и исхода заболевания. При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код ВМП согласно справочнику, установленному Комиссией на основе групп ВМП согласно Территориальной программе.

Если код диагноза, модель пациента, вид и метод лечения пациента отличается от определенных Территориальной программой видом ВМП, случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу соответствующей КСГ, определенному в соответствии с кодом Номенклатуры выполненной хирургической операции или другой примененной медицинской технологии согласно правилам группировки КСГ.

3. Случай оказания медицинской помощи в связи с родами предъявляется к оплате по тарифу КСГ «Родоразрешение» вне зависимости от основного диагноза и с указанием кода одной из нижеуказанных услуг:

V01.001.009.001 «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом»;

V02.001.002 «Ведение физиологических родов акушеркой»;

V01.001.006 «Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом».

Если при наличии диагноза класса XV МКБ 10 «Беременность, роды и послеродовой период» (O00-O99) в правилах группировки КСГ отсутствуют закодированные услуги, соответствующие родоразрешению, случай оказания медицинской помощи подлежит оплате по тарифу КСГ «Осложнения, связанные с беременностью», кроме случаев, подлежащих оплате по КСГ «Беременность, закончившаяся абортным исходом».

При выполнении операции кесарева сечения, случай подлежит оплате по тарифу КСГ «Кесарево сечение», вне зависимости от диагноза. Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, относимая по правилам группировки КСГ к КСГ «Операции на женских половых органах» уровней 3 и 4, случай оказания медицинской помощи выставляется на оплату по тарифу КСГ в соответствии с кодом выполненной операции согласно правилам группировки КСГ.

При дородовой госпитализации в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оказанная медицинская помощь выставляется на оплату по двум КСГ («Осложнения, связанные с беременностью» и «Родоразрешение» или «Кесарево сечение») в случае пребывания пациентки в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более, кроме случаев наличия диагнозов, указанных в таблице 5 настоящего тарифного соглашения.

Случай оказания медицинской помощи в связи с необходимостью наблюдения беременности без патологии средним медицинским персоналом

предъявляется к оплате по тарифу КСГ «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» при условии наличия в структуре медицинской организации коек сестринского ухода.

При наличии диагнозов, перечисленных в таблице 4, оказанная в отделении патологии беременности с последующим родоразрешением медицинская помощь выставляется на оплату по двум КСГ («Осложнения, связанные с беременностью», а также «Родоразрешение» или «Кесарево сечение») в случае пребывания пациентки в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более.

Таблица 4

Перечень МКБ 10,
при которых выставление случаев на оплату по двум КСГ
возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности
не менее двух дней

№ стр.	Код МКБ 10	Наименование МКБ 10
	1	2
1.	014.1	Тяжелая преэклампсия
2.	034.2	Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери
3.	036.3	Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери
4.	036.4	Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери
5.	042.2	Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией

Наличие показаний к оказанию медицинской помощи в связи с патологией беременности подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

4. Оплата питания одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя, госпитализированного по уходу за ребенком до четырех лет ли за ребенком старше четырех лет при наличии медицинских показаний, производится с применением к тарифу КСГ КфСЛ, установленного настоящим тарифным соглашением.

Статья 30. Правила оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. Независимо от длительности фактического лечения пациента по тарифу КСГ предъявляются к оплате случаи оказания первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи, относимый к КСГ, указанным в таблицах 5 и 6 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 5

Перечень КСГ,
оплата случаев оказания стационарной медицинской помощи относимых к которым осуществляется по тарифу КСГ независимо от фактического пребывания пациента

№ стр.	№ КСГ	Код КСГ	Наименование КСГ
	1	2	3
1.	st02.001	TS1902.001	Осложнения, связанные с беременностью
2.	st02.002	TS1902.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
3.	st02.003	CS1902.003	Родоразрешение
4.	st02.004	HS1902.004	Кесарево сечение
5.	st02.010	HS1902.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
6.	st02.011	HS1902.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
7.	st03.002	TS1903.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
8.	st05.006	XS1905.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые ⁵
9.	st05.007	XS1905.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые ⁵
10.	st05.008	XS1905.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе ⁵
11.	st05.009	XS1905.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы ⁵
12.	st05.010	XS1905.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе,

⁵ При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

			дети ⁵
13.	st05.011	XS1905.011	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети ⁵
14.	st15.008	CS1915.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) ⁵
15.	st15.009	CS1915.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) ⁵
16.	st16.005	TS1916.005	Сотрясение головного мозга
17.	st19.027	XS1919.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) ⁵
18.	st19.028	XS1919.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) ⁵
19.	st19.029	XS1919.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) ⁵
20.	st19.030	XS1919.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) ⁵
21.	st19.031	XS1919.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) ⁵
22.	st19.032	XS1919.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) ⁵
23.	st19.033	XS1919.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) ⁵
24.	st19.034	XS1919.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) ⁵
25.	st19.035	XS1919.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной

			тканей), взрослые (уровень 9) ⁵
26.	st19.036	XS1919.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) ⁵
27.	st19.038	OS1919.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
28.	st20.005	HS1920.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
29.	st20.006	HS1920.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
30.	st20.010	CS1920.010	Замена речевого процессора
31.	st21.001	HS1921.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
32.	st21.002	HS1921.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
33.	st21.003	HS1921.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
34.	st21.004	HS1921.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
35.	st21.005	HS1921.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
36.	st21.006	HS1921.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
37.	st25.004	CS1925.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
38.	st27.012	TS1927.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
39.	st27.014	HS1927.014	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования
40.	st31.017	TS1931.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
41.	st34.002	HS1934.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
42.	st36.001	CS1936.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина ⁵
43.	st36.003	CS1936.003.1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Этанерцепт (Энбрел)
44.	st36.003	CS1936.003.2	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием

			препарата Голимумаб (Симпони)
45.	st36.003	CS1936.003.3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Адалимумаб (Хумира)
46.	st36.003	CS1936.003.4	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Абатацепт (Оренсия)
47.	st36.003	CS1936.003.5	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Тоцилизумаб (Актепра)
48.	st36.003	CS1936.003.6	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Устекинумаб (Стелара)
49.	st36.003	CS1936.003.7	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Омализумаб (Ксолар)
50.	st36.003	CS1936.003.8	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Цертолизумаба пэгол (Симзия)
51.	st36.003	CS1936.003.9	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Инфликсимаб (Ремикейд)
52.	st36.003	CS1936.003.10	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Ведолизумаб (Энтивио)
53.	st36.007	HS1936.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Таблица 6

Перечень КСГ,
оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара
относимых к которым осуществляется по тарифу КСГ независимо от
фактического пребывания пациента

№ стр.	№ КСГ	Код КСГ	Наименование КСГ
	1	2	3
1.	ds02.001	TD1902.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
2.	ds02.003	HD1902.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
3.	ds02.004	HD1902.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
4.	ds02.006	CD1902.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
5.	ds02.007	HD1902.007	Аборт медикаментозный
6.	ds05.003	XD1905.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые ⁵
7.	ds05.004	XD1905.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые ⁵
8.	ds05.005	XD1905.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе ⁵
9.	ds05.006	XD1905.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы ⁵
10.	ds05.007	XD1905.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети ⁵
11.	ds15.002	CD1915.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) ⁵
12.	ds15.003	CD1915.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) ⁵
13.	ds18.003	CD1918.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
14.	ds19.018	XD1919.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) ⁵
15.	ds19.019	XD1919.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме

			лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) ⁵
16.	ds19.020	XD1919.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) ⁵
17.	ds19.021	XD1919.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) ⁵
18.	ds19.022	XD1919.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) ⁵
19.	ds19.023	XD1919.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) ⁵
20.	ds19.024	XD1919.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) ⁵
21.	ds19.025	XD1919.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) ⁵
22.	ds19.026	XD1919.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) ⁵
23.	ds19.027	XD1919.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) ⁵
24.	ds19.028	OD1919.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
25.	ds19.029	OD1919.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
26.	ds20.002	HD1920.002	Операции на органе слуха, придаточных

			пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
27.	ds20.003	HD1920.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
28.	ds20.006	CD1920.006	Замена речевого процессора
29.	ds21.002	HD1921.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
30.	ds21.003	HD1921.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
31.	ds21.004	HD1921.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
32.	ds21.005	HD1921.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
33.	ds21.006	HD1921.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
34.	ds25.001	HD1925.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
35.	ds25.003	HD1925.003	Операции на сосудах (уровень 2)
36.	ds27.001	TD1927.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
37.	ds34.002	HD1934.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
38.	ds36.001	CD1936.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина ⁵
39.	ds36.004	CD1936.004.1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Этанерцепт (Энбрел)
40.	ds36.004	CD1936.004.2. 1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Абатацепт (Оренсия - 250 мг)
41.	ds36.004	CD1936.004.2. 2	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Абатацепт (Оренсия - 125 мг)
42.	ds36.004	CD1936.004.3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Тоцилизумаб (Актепра)
43.	ds36.004	CD1936.004.4	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Паливизумаб (Синагис)

2. В случае оказания медицинской помощи в стационарных условиях пациентам:

в связи с возникшими вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы эрозией, язвой роговицы, кератитом, помутнением роговицы и невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции при предъявлении к оплате случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ «Операции на органе зрения (уровень 6)» критерием группировки является услуга А16.26.046.001 «Экцимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия»;

по коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции при предъявлении к оплате случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ «Операции на органе зрения (уровень 5)» или КСГ «Операции на органе зрения (уровень 6)» критерием группировки являются услуги А16.26.046.002 «Экцимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез».

В случае оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара пациентам в связи с возникшими вследствие воспалительного заболевания или травмы изменением роговицы и невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции при предъявлении к оплате случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ «Операции на органе зрения (уровень 1)» критерием группировки является услуга А16.26.046 «Кератэктомия».

Случай оказания медицинской помощи пациентам в связи с выполнением косметических процедур на органе зрения оплате за счет средств ОМС не подлежит.

Статья 31. Правила оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. В случае не достижения результата обращения за медицинской помощью в связи со смертью пациента (в том числе в случае досуточной летальности), преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения или обоснованным переводом пациента в другую медицинскую организацию, а также при проведении диагностических исследований прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара предъявляется к оплате по правилам, определенным настоящей статьей тарифного соглашения.

2. В случае выполнения пациенту хирургического вмешательства либо тромболитической терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ, прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях предъявляется к оплате с коэффициентом 0,8 независимо от длительности лечения.

Если хирургическое вмешательство либо тромболитическая терапия при оказании медицинской помощи не проводились, прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях предъявляется к оплате с нижеуказанными коэффициентами:

при длительности лечения три дня и менее – с коэффициентом 0,3;

при длительности лечения более трех дней – с коэффициентом 0,5.

Правила применения прерванных случаев оказания медицинской помощи в случае выполнения пациенту хирургического вмешательства либо тромболитической терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ применяются с учетом таблиц 7 и 8 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 7

Перечень КСГ,
оплата случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях
предполагают хирургическое вмешательство либо выполнение
тромболитической терапии

№ стр.	№ КСГ	Код КСГ	Наименование КСГ
	1	2	3
1.	st02.003	CS1902.003	Родоразрешение
2.	st02.004	HS1902.004	Кесарево сечение
3.	st02.010	HS1902.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
4.	st02.011	HS1902.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
5.	st02.012	HS1902.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
6.	st02.013	HS1902.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
7.	st09.001	HS1909.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
8.	st09.002	HS1909.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
9.	st09.003	HS1909.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
10.	st09.004	HS1909.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
11.	st09.005	HS1909.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)

12.	st09.006	HS1909.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
13.	st09.007	HS1909.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
14.	st09.008	HS1909.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
15.	st09.009	HS1909.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
16.	st09.010	HS1909.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
17.	st10.001	HS1910.001	Детская хирургия (уровень 1)
18.	st10.002	HS1910.002	Детская хирургия (уровень 2)
19.	st10.003	HS1910.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
20.	st10.004	HS1910.004	Аппендэктомия, дети (уровень 2)
21.	st10.005	HS1910.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
22.	st10.006	HS1910.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
23.	st10.007	HS1910.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
24.	st13.002	CS1913.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
25.	st13.003	CS1913.003	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
26.	st13.005	CS1913.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
27.	st13.007	CS1913.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
28.	st14.001	HS1914.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
29.	st14.002	HS1914.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
30.	st14.003	HS1914.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
31.	st15.015	CS1915.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
32.	st15.016	CS1915.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
33.	st16.007	HS1916.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
34.	st16.008	HS1916.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
35.	st16.009	HS1916.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
36.	st16.010	HS1916.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)

37.	st16.011	HS1916.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
38.	st18.002	CS1918.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
39.	st19.001	OS1919.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
40.	st19.002	OS1919.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
41.	st19.003	OS1919.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
42.	st19.004	OS1919.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
43.	st19.005	OS1919.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
44.	st19.006	OS1919.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
45.	st19.007	OS1919.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
46.	st19.008	OS1919.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
47.	st19.009	OS1919.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
48.	st19.010	OS1919.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
49.	st19.011	OS1919.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
50.	st19.012	OS1919.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы
51.	st19.013	OS1919.013	(уровень 1)
52.	st19.013	OS1919.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы
53.	st19.015	OS1919.015	(уровень 2)
54.	st19.014	OS1919.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании

			молочной железы (уровень 1)
55.	st19.015	OS1919.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
56.	st19.016	OS1919.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)
57.	st19.017	OS1919.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)
58.	st19.018	OS1919.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
59.	st19.019	OS1919.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
60.	st19.020	OS1919.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
61.	st19.021	OS1919.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
62.	st19.022	OS1919.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
63.	st19.023	OS1919.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
64.	st19.024	OS1919.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
65.	st19.025	OS1919.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
66.	st19.026	OS1919.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
67.	st19.038	OS1919.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
68.	st20.005	HS1920.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)

69.	st20.006	HS1920.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
70.	st20.007	HS1920.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
71.	st20.008	CS1920.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
72.	st20.009	HS1920.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
73.	st20.010	CS1920.010	Замена речевого процессора
74.	st21.001	HS1921.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
75.	st21.002	HS1921.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
76.	st21.003	HS1921.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
77.	st21.004	HS1921.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
78.	st21.005	HS1921.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
79.	st21.006	HS1921.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
80.	st24.004	CS1924.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
81.	st25.004	CS1925.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
82.	st25.005	HS1925.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
83.	st25.006	HS1925.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
84.	st25.007	HS1925.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
85.	st25.008	HS1925.008	Операции на сосудах (уровень 1)
86.	st25.009	HS1925.009	Операции на сосудах (уровень 2)
87.	st25.010	HS1925.010	Операции на сосудах (уровень 3)
88.	st25.011	HS1925.011	Операции на сосудах (уровень 4)
89.	st25.012	HS1925.012	Операции на сосудах (уровень 5)
90.	st27.007	CS1927.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
91.	st27.009	CS1927.009	Другие болезни сердца (уровень 2)
92.	st28.002	HS1928.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
93.			
94.	st28.003	HS1928.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения

95.			(уровень 2)
96.	st28.004	HS1928.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
97.			(уровень 3)
98.	st28.005	HS1928.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
99.	st29.009	HS1929.009	(уровень 4)
100.	st29.008	HS1929.008	Эндопротезирование суставов
101.	st29.009	HS1929.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
102.	st29.010	HS1929.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
103.	st29.011	HS1929.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
104.	st29.012	CS1929.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
105.	st29.013	CS1929.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
106.	st30.006	HS1930.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
107.	st30.007	HS1930.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
108.	st30.008	HS1930.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
109.	st30.009	HS1930.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
110.	st30.010	HS1930.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
111.	st30.011	HS1930.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
112.	st30.012	HS1930.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
113.	st30.013	HS1930.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
114.	st30.014	HS1930.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
115.	st30.015	HS1930.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
116.	st31.002	HS1931.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
117.	st31.003	HS1931.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)

118.	st31.004	HS1931.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
120.	st31.005	HS1931.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
121.	st31.006	HS1931.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
122.	st31.007	HS1931.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
123.	st31.008	HS1931.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
124.	st31.009	HS1931.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
125.	st31.010	HS1931.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
126.	st31.015	CS1931.015	Остеомиелит (уровень 3)
127.	st31.019	HS1931.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
128.	st32.001	HS1932.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
129.	st32.002	HS1932.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
130.	st32.003	HS1932.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
131.	st32.004	HS1932.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
132.	st32.005	HS1932.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
133.	st32.006	HS1932.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
134.	st32.007	CS1932.007	Панкреатит, хирургическое лечение
135.	st32.008	HS1932.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
136.	st32.009	HS1932.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
137.	st32.010	HS1932.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
138.	st32.011	HS1932.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
139.	st32.012	HS1932.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
140.	st32.013	HS1932.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
141.	st32.014	HS1932.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)

142.	st32.015	HS1932.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
143.	st32.016	HS1932.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
144.	st32.017	HS1932.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
145.	st32.018	HS1932.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
146.	st34.002	HS1934.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
147.	st34.003	HS1934.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
148.	st34.004	HS1934.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
149.	st34.005	HS1934.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
150.	st36.009	HS1936.009	Реинфузия аутокрови
151.	st36.010	HS1936.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
152.	st36.011	HS1936.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Таблица 8

Перечень КСГ,
оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара предполагают хирургическое вмешательство либо выполнение тромболитической терапии

№ стр.	№ КСГ	Код КСГ	Наименование КСГ
	1	2	3
1.	ds02.003	HD1902.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
2.	ds02.004	HD1902.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
3.	ds09.001	HD1909.001	Операции на мужских половых органах, дети
4.	ds09.002	HD1909.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
5.	ds10.001	HD1910.001	Операции по поводу грыж, дети
6.	ds13.002	CD1913.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов

7.	ds14.001	HD1914.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
8.	ds14.002	HD1914.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
9.	ds16.002	HD1916.002	Операции на периферической нервной системе
10.	ds18.003	CD1918.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
11.	ds19.016	OD1919.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
12.	ds19.017	OD1919.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
13.	ds19.028	OD1919.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
14.	ds20.002	HD1920.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
15.	ds20.003	HD1920.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
16.	ds20.004	HD1920.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
17.	ds20.005	HD1920.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
18.	ds20.006	CD1920.006	Замена речевого процессора
19.	ds21.002	HD1921.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
20.	ds21.003	HD1921.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
21.	ds21.004	HD1921.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
22.	ds21.005	HD1921.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
23.	ds21.006	HD1921.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
24.	ds25.001	HD1925.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
25.	ds25.002	HD1925.002	Операции на сосудах (уровень 1)
26.	ds25.003	HD1925.003	Операции на сосудах (уровень 2)
27.	ds28.001	HD1928.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
28.	ds29.001	HD1929.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)

29.	ds29.002	HD1929.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
30.	ds29.003	HD1929.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
31.	ds30.002	HD1930.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
32.	ds30.003	HD1930.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
33.	ds30.004	HD1930.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
34.	ds30.005	HD1930.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
35.	ds30.006	HD1930.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
36.	ds31.002	HD1931.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
37.	ds31.003	HD1931.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
38.	ds31.004	HD1931.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
39.	ds31.005	HD1931.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
40.	ds31.006	HD1931.006	Операции на молочной железе
41.	ds32.001	HD1932.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
42.	ds32.002	HD1932.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
43.	ds32.003	HD1932.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
44.	ds32.004	HD1932.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
45.	ds32.005	HD1932.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
46.	ds32.006	HD1932.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
47.	ds32.007	HD1932.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
48.	ds32.008	HD1932.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
49.	ds34.002	HD1934.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
50.	ds34.003	HD1934.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

3. Перевод пациента из отделения в отделение медицинской организации не прерывает течение случая оказания медицинской помощи, который предъявляется к оплате согласно правилам, указанным в соответствующий частях статей 28 и 29 настоящего тарифного соглашения, по тарифу КСГ клинического диагноза или выполненного хирургического вмешательства, кроме случаев перевода, обусловленных возникновением нового заболевания или состояния, не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также предусмотренных настоящим тарифным соглашением случаев оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в связи с лечением пациента после оказания ему ВМП или проведением медицинской реабилитации при наличии медицинских показаний.

Обоснованность перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи.

4. В случае оказания медицинской помощи при злокачественных новообразованиях, если фактическое количество дней лечения пациента при прерванном случае оказания медицинской помощи соответствует количеству дней лечения согласно описанию схемы лекарственной терапии в правилах группировки КСГ, случай оказания специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу соответствующей КСГ.

Если фактическое количество дней лечения пациента при прерванном случае оказания медицинской помощи меньше количества дней лечения согласно описанию схемы лекарственной терапии в правилах группировки КСГ, прерванный случай оказания специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате с нижеуказанными коэффициентами:

при длительности лечения три дня и менее – с коэффициентом 0,3;

при длительности лечения более трех дней – с коэффициентом 0,5.

5. В случае оказания медицинской помощи с проведением лучевой терапии и учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено правилами группировки КСГ начиная с одной фракции, прерванный случай оказания специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по КСГ, предусматривающей соответствующее количество фракций, при этом основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ является фактически проведенное количество дней облучения (фракций).

Прерванный случай проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией предъявляется к оплате с нижеуказанными коэффициентами:

- при длительности лечения три дня и менее – с коэффициентом 0,3;
- при длительности лечения более трех дней – с коэффициентом 0,5.

Статья 32. Особенности оплаты случаев лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «медицинская реабилитация»

1. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением реабилитационных мероприятий предъявляется к оплате по тарифу соответствующей КСГ при наличии лицензии на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация». Отнесение случая оказания реабилитационной медицинской помощи к соответствующей КСГ производится вне зависимости от диагноза пациента по коду оказанных сложных и комплексных услуг, предусмотренных Номенклатурой, согласно правилам группировки КСГ.

2. Обоснованность оказания реабилитационной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи с учетом нижеследующего:

1) критерием для определения обоснованности реабилитации пациента служит оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ):

в стационарных условиях при значении 3-4-5-6 по ШРМ;

в условиях дневного стационара при значении 2-3 по ШРМ;

2) критерием для определения обоснованности реабилитации ребенка, перенесшего заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного лечения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания:

в стационарных условиях при средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний;

в условиях дневного стационара при легкой и средней степени тяжести указанных заболеваний.

Статья 33. Особенности применения тарифов КСГ при оплате медицинской помощи, оказанной пациентам, участвующим в клиническом исследовании лекарственного препарата

Случай оказания медицинской помощи пациентам, участвующим в

клиническом исследовании лекарственного препарата, оплате за счет средств ОМС не подлежит.

Статья 34. Особенности применения тарифов на медицинские услуги диализа дополнительно к тарифам КСГ при оплате медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, по тарифу КСГ учитывается стоимость оказанных пациентам с хронической почечной недостаточностью медицинских услуг диализа. В этой связи стоимость медицинских услуг диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая оказания медицинской помощи, который предъявляется на оплату по тарифу КСГ нефрологического профиля и совокупной стоимости выполненных пациенту услуг диализа по тарифам, установленным в приложении 6 к настоящему тарифному соглашению.

В случае проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью заместительной почечной терапии методами диализа в период нахождения его в стационаре или дневном стационаре по поводу другого (интеркуррентного) заболевания при документально обоснованной невозможности его транспортировки в диализный центр, случай оказания медицинской помощи, предъявляется на оплату по тарифу КСГ интеркуррентного заболевания и совокупной стоимости выполненных пациенту услуг диализа.

В случае проведения пациенту с острой почечной недостаточностью, которая явилась следствием закономерного прогрессирования заболевания или осложнением основного заболевания, заместительной почечной терапии методом гемодиализа или гемофильтрации, случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, предъявляется на оплату по тарифу КСГ, соответствующему основному заболеванию, а также совокупной стоимости выполненных пациенту услуг диализа. При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с кодом Номенклатуры указываются все выполненные услуги диализа.

2. Для учета объема оказанной в стационарных условиях диализной медицинской помощи как законченный случай предъявляется на оплату лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Для учета выполненных объемов диализной медицинской помощи за единицу объема в условиях дневного стационара принимается и предъявляется на оплату как законченный случай оказания медицинской помощи один месяц лечения.

3. Случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара лицу с хронической почечной недостаточностью предъявляется к оплате, если пациент обеспечен всеми необходимыми

лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

4. К тарифу медицинской услуги диализа КфДТ и КфПК не применяются.

Статья 35. Правила применения способов оплаты скорой медицинской помощи

1. Оплата скорой медицинской помощи, предоставляемой вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по ФПдНФ в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи в связи с проведением тромболитической терапии и за вызов врачебной специализированной реанимационной бригады.

2. Оплата скорой медицинской помощи, предоставляемой вне медицинской организации застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации лицам, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих участков обслуживания, осуществляется за вызов скорой медицинской помощи.

Статья 36. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь

1. Медицинские организации, оказывавшие скорую медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по ФПдНФ исходя из количества проживающих на закрепленном участке обслуживания застрахованных лиц в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи определены в приложении б к настоящему тарифному соглашению.

2. Оказывают скорую медицинскую помощь при этом не имеют участков обслуживания следующие медицинские организации:

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска;

ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница»;

ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница»;

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница»;

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя.

Статья 37. Правила применения ФПдНФ скорой медицинской помощи

1. Оплата скорой медицинской помощи догоспитального этапа осуществляется по установленным настоящим тарифным соглашением тарифам ФПдНФ согласно численности, обслуживаемого по состоянию на первое число отчетного месяца ПСМП застрахованного населения, кроме случаев оказания медицинской помощи с проведением тромболитической терапии и интенсивной терапии врачебной специализированной реанимационной бригадой, которые

оплачиваются за выполненный вызов скорой медицинской помощи (законченный случай оказания скорой медицинской помощи):

В01.044.002.1 «Фельдшерская бригада с проведением тромболитической терапии»;

В01.044.001.1 «Врачебная бригада (общепрофильная) с проведением тромболитической терапии»;

В01.044.003.1 «Врачебная специализированная бригада: реанимационная (интенсивной терапии) с проведением тромболитической терапии»;

В01.044.003 «Врачебная специализированная бригада: реанимационная (интенсивной терапии)»;

В01.044.005 «Врачебная специализированная бригада: реанимационная (интенсивной терапии) в составе травматологического центра I уровня».

2. В реестры обслуживаемого населения подлежат включению проживающие на обслуживаемом ПСМП участке застрахованные лица на основании данных РС ЕРЗ по состоянию на первое число отчетного месяца.

Статья 38. Правила применения тарифов вызова при оплате скорой медицинской помощи

1. Законченный случай оказания скорой медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу вызова скорой медицинской помощи в зависимости от вида и профиля выездной бригады скорой медицинской помощи с учетом повода к вызову или его результата.

2. Медицинская эвакуация бригадами скорой медицинской помощи оплачивается по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу вызова на оплату скорой медицинской помощи при медицинской эвакуации в зависимости от вида и профиля выездной бригады скорой медицинской помощи с учетом повода к вызову или его результата.

3. По тарифу вызова скорой медицинской помощи не оплачивается медицинская помощь, оказанная неидентифицированным (в том числе неопознанным) или не застрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с социально значимыми заболеваниями или психиатрическими заболеваниями, дежурства выездных бригад скорой медицинской помощи на массовых мероприятиях и при чрезвычайных ситуациях, безрезультатные (в том числе ложные) вызовы, а также транспортировка пациентов выездными бригадами скорой медицинской помощи, не являющаяся медицинской эвакуацией.

Статья 39. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, предоставляемая согласно сверхбазовой программе ОМС

1. Обращение, оплачиваемое согласно сверхбазовой программе ОМС – оказание в Центре охраны здоровья семьи и репродукции амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья (различные формы бесплодия,

невынашивания беременности), нуждающимся в сохранении и восстановлении анатомофункционального состояния репродуктивной системы, страдающим сексуальной дисгармонией и психоневротическими расстройствами, а также беременным женщинам с гематологическими нарушениями, включающая необходимые диагностические обследования и консультации врачей специалистов. При этом обращение включает не менее двух приемов лечащего врача по поводу одного заболевания.

2. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, предоставляемая согласно сверхбазовой программе ОМС в Центре охраны здоровья семьи и репродукции включает мероприятия, которые определены приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», от 15.11.2012 № 930н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология»», в том числе следующие мероприятия:

оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья (различные формы бесплодия, невынашивания беременности) с использованием современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;

применение современных методов профилактики аборт и подготовки к беременности и родам;

сохранение и восстановление репродуктивной функции с использованием современных медицинских технологий

оказание медицинской помощи беременным женщинам с заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;

оказание психотерапевтической помощи семье на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности.

3. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, предоставляемая согласно сверхбазовой программе ОМС во врачебно-физкультурном диспансере:

пациентам, перенесшим острые заболевания и травмы, больным хроническими заболеваниями и инвалидам, нуждающимся в восстановительном лечении с применением средств и методов лечебной физкультуры;

лицам, направленным во врачебно-физкультурные диспансеры после проведенного обследования для допуска к занятиям в группах начальной подготовки;

лицам, занимающимся спортом и физической культурой, которые обследуются и наблюдаются во врачебно-физкультурном диспансере, для допуска к занятиям и соревнованиям.

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 40. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи

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 ОМС приведен в таблице 9 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 9

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо

№ стр.	Условия оказания медицинской помощи	Всего согласно территориальной программе ОМС, рублей в год	в том числе согласно	
			базовой программе ОМС	сверхбазовой программе ОМС
	1	2	3	4
1.	в амбулаторных условиях	4 057,91	4 040,59	17,32
2.	в стационарных условиях	5 612,89	5 612,89	-
3.	в условиях дневного стационара	1 222,76	1 222,76	-
4.	скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации	696,28	696,28	-

Статья 41. Правила дифференциации тарифов

1. Тарифы дифференцируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, по профилям врачебных специальностей, методам лечения, цели обращения за медицинской помощью, а также в зависимости от возраста пациента с учетом уровня оказания медицинской помощи и ее затратоемкости, иных объективных критериев и фактов, обуславливающих дифференциацию расходов на оказание медицинской помощи, определяемых настоящим тарифным соглашением.

2. Тарифы дифференцируются способом установления настоящим тарифным соглашением дифференцированных базовых тарифов или способом

применения к базовому тарифу коэффициентов дифференциации, а также поправочных коэффициентов оплаты, установленных настоящим тарифным соглашением.

Статья 42. ПдНФ медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях

1. ПдНФ первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, составляет 115,91 рублей в месяц. Тарифы ФДпНФ на оплату первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях покрепившимся застрахованным лицам, приведены в приложении 7 к настоящему тарифному соглашению.

2. К тарифу ПдНФ медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях первичной медико-санитарной помощи, применяется средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива (далее – КфПДинт), установленный в приложении 2 к настоящему тарифному соглашению.

Статья 43. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

1. Базовые тарифы, применяемые для оплаты нижеуказанных единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены в приложениях к настоящему тарифному соглашению:

1) на оплату первичной врачебной и доврачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи приведены в приложении 8 к настоящему тарифному соглашению, в том числе:

посещений с профилактической и (или) иными целями, в том числе разовых посещений по поводу заболевания, связанных с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов в соответствии с действующим законодательством;

обращений по поводу заболевания;

неотложной помощи;

2) посещений центров здоровья, которые приведены в приложении 9 к настоящему тарифному соглашению;

3) законченных случаев проведения диспансеризации и профилактических осмотров для отдельных категорий граждан, которые приведены в приложении 10 к настоящему тарифному соглашению;

4) медицинских услуг, не включенных в тариф посещения и обращения, которые приведены в приложении 11 к настоящему тарифному соглашению.

2. К базовым тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются КфУР, которые приведены в таблице 10 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 10

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КфУР), применяемые медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях

№ стр.	Уровень оказания медицинской помощи	КфУР
	1	2
1.	1 уровень	0,90
2.	2 уровень	1,10
3.	3 уровень	1,40

3. К тарифам законченного случая проведения диспансеризации и профилактического осмотра для отдельных категорий граждан, медицинской услуги, не включенной в тариф посещения, обращения, вызова скорой медицинской помощи, а также тарифам центров здоровья КфДТ и КфПК не применяются.

Статья 44. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. Базовые ставки законченного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара приведены в таблице 11 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 11

Базовая ставка законченного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара

№ стр.	Условия оказания медицинской помощи	Размер базовой ставки, рублей
	1	2
1.	Базовая ставка при оказании медицинской помощи в стационарных условиях	24 316,25
2.	Базовая ставка при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара	11 559,66

2. На основании базовой ставки законченного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях с применением КфОЗ определяются базовые тарифы КСГ, установленные для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара, которые установлены в приложениях 12 и 13 к настоящему тарифному соглашению.

3. К базовым тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой

в стационарных условиях, применяются установленные настоящим тарифным соглашением КфПУ (КфУР) и КфСЛ.

4. Перечень и основания применения к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях КфСЛ приведены в таблице 12 к настоящему тарифному соглашению.

Таблица 12

Перечень
и основания применения КфСЛ к тарифам КСГ на оплату медицинской
помощи, оказываемой в стационарных условиях

№ стр.	Код КфСЛ	Значение КфСЛ	Наименование КфСЛ	Основание применения
	1	2	3	4
1.	КфСЛ ₀₁	1,20	Возраст пациента (дети от 0 до 1 года) ⁶	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом
2.	КфСЛ ₀₂	1,20	Возраст пациента (дети от 1 до 4 лет)	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом
3.	КфСЛ ₀₃	1,05	Особенности оказания помощи (дети от 0 до 18 лет)	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка до достижения им возраста 4 лет, при наличии медицинских показаний после достижения им возраста 4 лет
4.	КфСЛ ₀₄	1,02	Возраст пациента старше 75 лет	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) при наличии консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализаций на геронтологические профильные койки
5.	КфСЛ ₀₅	1,1	Наличие старческой астении	Сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении в случаях госпитализации на

⁶ Данный коэффициент (КфСЛ₀₁) не подлежит применению к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи по профилю «неонатология».

				геронтологические профильные койки с основным диагнозом, относящемся к другому профилю («Старческая астения» указывается сопутствующим диагнозом)
--	--	--	--	---

5. Суммарное значение КфСЛ при наличии нескольких оснований применения КфСЛ к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях не может превышать 1,8.

Статья 45. КфУР и КфПУ, применяемые медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. Перечень и величины КфУР, применяемых медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в рамках базовой программы ОМС, приведены в таблице 13 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 13

Перечень и величины КфУР, применяемых медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

№ стр.	Уровень медицинской организации	Значение КфУР в стационарных условиях	Значение КфУР в условиях дневного стационара
	1	2	3
1.	1 уровень	0,84	1,00
2.	2 уровень	1,03	1,00
3.	3 уровень	1,13	1,00

2. Величина КфУР является средней расчетной величиной и к тарифам на оплату медицинской помощи не применяется. К тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяются установленные настоящим тарифным соглашением КфПУ.

3. Величины КфПУ, применяемые к тарифам на оплату оказываемой в стационарных условиях медицинской помощи, установлены в приложении 4 к настоящему тарифному соглашению.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях КфПУ третьего уровня применяются медицинскими организациями, оказывающими ВМП, к тарифам КСГ, выполняемым ими на койках профиля, соответствующего профилю оказываемой ВМП, а к тарифам иных КСГ –

КфПУ второго уровня согласно приложению 4 к настоящему тарифному соглашению.

4. К тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, применяется КфПУ равный 1.

Статья 46. Тарифы на оплату ВМП

1. Тарифы на оплату ВМП соответствуют нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, предусмотренным Территориальной программой групп ВМП, и установлены в приложении 14 к настоящему тарифному соглашению.

2. К тарифам на оплату ВМП КфДТ и КфПК не применяются.

Статья 47. Тарифы на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов оказания медицинской помощи

1. Базовые тарифы на оплату услуг диализа составляют:

гемодиализа – 5 049,27 рублей;

перитонеального диализа – 4 620,13 рублей.

Тарифы на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов оказания медицинской помощи установлены в приложении 15 к настоящему тарифному соглашению.

2. К тарифам на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов оказания медицинской помощи коэффициенты КфДТ и КфПК не применяются.

Статья 48. ПдНФ скорой медицинской помощи

1. ПдНФ скорой медицинской помощи составляет 52,49 рублей в месяц. Тарифы ФДпНФ скорой медицинской помощи, приведены в приложении 16 к настоящему тарифному соглашению.

2. К базовому тарифу ПдНФ скорой медицинской помощи применяется КфПДинт, установленный в приложении 6 к настоящему тарифному соглашению.

Статья 49. Тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи

1. Тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи, в том числе в связи с проведением тромболитической терапии пациентов, дифференцируются в зависимости состава и профиля осуществившей вызов бригады скорой медицинской помощи, тарифы на оплату медицинской эвакуации – в зависимости от пробега автомобиля скорой медицинской помощи, а также состава и профиля осуществившей вызов бригады скорой медицинской помощи. Указанные тарифы установлены в приложении 17 к настоящему

тарифному соглашению.

2. К тарифам вызова на оплату скорой медицинской помощи КфДТ и КфПК не применяются.

Статья 50. Тарифы на оплату стоматологической помощи

1. Базовый тариф на оплату стоматологической помощи случая оказания помощи взрослому населению составляет 183,04 рублей, детскому населению – 221,52 рублей.

2. Тарифы на оплату стоматологической лечебно-диагностической услуги установлены в приложении 18 к настоящему тарифному соглашению и применяются с учетом таблиц 14-17 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 14

Перечень медицинских услуг,
включенных в состав медицинской услуги В01.065.001 «Прием (осмотр,
консультация) врача стоматолога терапевта» первичный

№ стр.	Код услуги по Номенклатуре	Наименование стоматологической лечебно-диагностической услуги
	1	2
1.	Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента:	
2.	A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
3.	A01.07.002.001	Визуальное исследование при патологии полости рта
4.	A01.07.004.001	Перкуссия при патологии полости рта
5.	A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти
6.	Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента:	
7.	A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда
8.	A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда

Таблица 15

Перечень медицинских услуг,
включенных в состав медицинской услуги В01.065.002 «Прием (осмотр,
консультация) врача стоматолога терапевта» повторный

№ стр.	Код услуги по Номенклатуре	Наименование стоматологической лечебно-диагностической услуги
	1	2
1.	Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента:	
2.	A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта

3.	A02.07.007	Перкуссия при патологии полости рта
4.	Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента:	
5.	A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда
6.	A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда
7.	A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов

Таблица 16

Перечень медицинских услуг,
включенных в состав медицинской услуги В01.064.003 «Прием (осмотр,
консультация) врача стоматолога детского» первичный

№ стр.	Код услуги по Номенклатуре	Наименование стоматологической лечебно-диагностической услуги
	1	2
1.	Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента:	
2.	A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
3.	A01.07.002.001	Визуальное исследование при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области
4.	A01.07.004.001	Перкуссия при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области
5.	A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти
6.	A16.07.051.001	Психологическая подготовка детей (каждое посещение)
7.	Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента:	
8.	A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда
9.	A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда

Таблица 17

Перечень медицинских услуг,
включенных в состав медицинской услуги В01.064.004 «Прием (осмотр,
консультация) врача стоматолога детского» повторный

№ стр.	Код услуги по Номенклатуре	Наименование стоматологической лечебно-диагностической услуги
	1	2
1.	Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента:	
2.	A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта

3.	A02.07.007	Перкуссия при патологии полости рта
4.	A16.07.051.001	Психологическая подготовка детей (каждое посещение)
5.	Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента:	
6.	A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда
7.	A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда
8.	A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов

3. К тарифам на оплату стоматологической лечебно-диагностической услуги не применяются установленные настоящим тарифным соглашением КфПУ (КфУР).

Статья 51. Тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой согласно сверхбазовой программе ОМС

1. Тарифы на оплату первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в связи со страховым случаем, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, приведены в таблице 18 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 18

Тарифы
на оплату первичной специализированной медико-санитарной помощи,
оказываемой в амбулаторных условиях по страховым случаям, установленным
в дополнение к базовой программе ОМС

№ стр.	Код услуги в системе ОМС	Наименование услуги	Тариф	
			взрослые	дети
	1	2	3	4
1.	B04.020.001.001.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача по спортивной медицине	575,16	-
2.	B04.020.001.002.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача по спортивной медицине	-	575,16
3.	B04.023.001.002.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача-невролога	-	233,25
4.	B04.028.001.002.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	-	255,34

5.	В04.029.001.002.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	-	233,25
6.	В04.050.001.002.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	-	233,25
7.	В04.001.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	663,43	-
8.	В04.005.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-гематолога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	188,04	-
9.	В04.006.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача генетика (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	400,15	-
10.	В04.034.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-психотерапевта (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	491,95	-
11.	В04.057.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-хирурга (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	487,41	-
12.	В04.058.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-эндокринолога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	710,47	-
13.	В04.053.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-уролога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	437,72	-
14.	В12.001.001.001.1	Обращение к врачу-акушеру-гинекологу в связи с заболеванием	3 654,83	-
15.	В12.005.001.001.1	Обращение к врачу-гематологу в связи с заболеванием	4 513,42	-
16.	В12.006.001.001.1	Обращение к врачу-генетику в	8 202,22	-

		связи с заболеванием		
17.	V12.053.001.001.1	Обращение к врачу-урологу в связи с заболеванием	2 224,61	-
18.	V12.057.001.001.1	Обращение к врачу-хирургу в связи с заболеванием	875,62	-
19.	V12.058.001.001.1	Обращение к врачу-эндокринологу в связи с заболеванием	3 391,23	-
20.	V12.020.001.001.1	Обращение к врачу лечебной физкультуры в связи с заболеванием	1 586,08	-
21.	V12.020.001.002.1	Обращение к врачу лечебной физкультуры в связи с заболеванием	-	1 586,08
22.	V12.054.001.001.1	Обращение к врачу-физиотерапевту в связи с заболеванием	804,44	-
23.	V12.054.001.002.1	Обращение к врачу-физиотерапевту в связи с заболеванием	-	804,44

2. К тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в связи со страховым случаем, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, КфДТ и КфПК не применяются.

Статья 52. Расходы, включенные в структуру тарифов

1. Средствами ОМС компенсируются включенные в структуру тарифов и обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС следующие расходы (затраты) медицинских организаций:

расходы на оплату труда (расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты);

расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий;

расходы на приобретение продуктов питания;

прочие расходы, в том числе расходы на приобретение мягкого инвентаря, хозяйственные расходы.

В целях описания структуры тарифов и реализации настоящего тарифного соглашения используются терминология, группировка расходов и их классификация по статьям (подстатьям) или группам расходов согласно классификации операций, осуществляемых в секторе государственного управления, устанавливаемой приказами Министерства финансов Российской Федерации.

2. Медицинские организации формируют учетную политику в соответствии с установленной Федеральным законом обязанностью ведения

раздельного учета доходов и расходов по операциям со средствами ОМС и иными средствами.

3. Медицинскими организациями осуществляются расходы компенсируемых средствами ОМС затрат в структуре тарифов по видам расходов с учетом вида и условий оказания медицинской помощи, по профилям врачебных специальностей, методам лечения, цели обращения за медицинской помощью, а также в зависимости от возраста пациента с учетом уровня оказания медицинской помощи и ее затратно-экономности, типа медицинской организации, иных объективных критериев и фактов, обуславливающих дифференциацию расходов на оказание медицинской помощи, определяемых настоящим тарифным соглашением.

4. Расчетная величина компенсируемых средствами ОМС затрат в структуре тарифов учитывается Комиссией при рассмотрении тарифов по видам расходов и определяется на основании информации о фактических затратах медицинских организаций, сложившихся в регионе средних рыночных ценах, иных объективных факторов и критериев, обуславливающих дифференциацию расходов на оказание медицинской помощи.

Расчетная величина компенсируемых средствами ОМС затрат в структуре тарифов используется при формировании базовых тарифов и коэффициентов дифференциации, при формировании стоимости законченного случая лечения и при расходовании средств ОМС медицинскими организациями.

Статья 53. Расходы на оплату труда

1. Расходы на оплату труда в медицинских организациях определяются в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Ставропольского края, содержащими нормы трудового права, коллективным договором и локальными нормативными актами медицинских организаций, а в медицинских организациях государственной формы собственности Ставропольского края определяются, в том числе:

отраслевым соглашением между министерством и Ставропольской краевой организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации на 2019-2021 годы, утвержденным 04.10.2018;

Примерным положением об оплате труда работников государственных бюджетных и автономных учреждений здравоохранения, подведомственных министерству здравоохранения Ставропольского края, утвержденным приказом министерства от 03.04.2015 №01-05/200 (далее – Положение);

Положением об оплате труда руководителей бюджетных, казенных и автономных государственных учреждений, Ставропольского края, утвержденным приказом министерства от 29.04.2015 № 01-05/246.

При этом учреждения здравоохранения Ставропольского края обеспечивают достижение уровня заработной платы медицинского персонала в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597, определенного утвержденной министерством «дорожной картой».

2. При расчете величины компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда учитывается потребность в финансовом обеспечении выплаты заработной платы персоналу, непосредственно участвующему в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), подлежащей оплате за счет средств ОМС согласно настоящему тарифному соглашению, в том числе вспомогательного медицинского персонала (далее - медицинский персонал), согласно порядкам оказания медицинской помощи, нормативным показателям использования коечного фонда, нормам нагрузки на одну врачебную должность, нормам времени и т.д. исходя из объемов медицинской помощи по ОМС, установленных Комиссией.

3. Расходы на оплату труда административно-управленческого, административно-хозяйственного и иного персонала, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи по ОМС, но необходимого для обеспечения деятельности медицинской организации (далее – общеучрежденческий персонал) включаются в состав компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда пропорционально доле медицинской помощи по ОМС в общем объеме оказываемых в медицинской организации услуг.

4. Расходы на оплату труда медицинского персонала, не участвующего в оказании медицинской помощи по ОМС, и общеучрежденческого персонала, не участвующего в обеспечении оказания медицинской помощи по ОМС либо в части, превышающей долю обусловленных оказанием медицинской помощи по ОМС расходов по оплате труда общеучрежденческого персонала, а также выплаты персоналу, не обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС, средствами ОМС не компенсируются и в состав расходов на оплату труда не включаются.

5. В состав компенсируемых средствами ОМС расходов на заработную плату включаются:

выплаты по должностным окладам (тарифным ставкам);

надбавки к должностному окладу в соответствии с действующей в медицинской организации системой оплаты труда;

выплаты компенсационного характера, обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС;

выплаты стимулирующего характера, обусловленные достижением работником показателей и критериев эффективности при оказании медицинской помощи по ОМС, с учетом показателей эффективности деятельности медицинской организации, в том числе премии (за качество выполняемых работ, выплаты по итогам работы, за выполнение особо важных и ответственных (срочных) работ, премирование руководителей) и иные денежные выплаты стимулирующего характера, финансовое обеспечение которых предусмотрено территориальной программой ОМС.

б. Кроме того, в состав компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда включаются расходы по осуществлению не относящихся к заработной плате дополнительных выплат и компенсаций работникам,

обусловленных условиями трудовых отношений, статусом работников в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее - прочие выплаты), в том числе:

возмещение работникам расходов, связанных со служебными командировками.

7. Расходы на оплату труда работников медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в том числе федеральных казенных учреждений здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи по ОМС, осуществляются в соответствии с нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, в ведомственном подчинении которых находятся соответствующие казенные учреждения. При этом финансовое обеспечение расходов на оплату труда в объеме, превышающем поступившие за оказанную по ОМС медицинскую помощь средства, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

8. Расходы по начислениям на оплату труда учитываются при расчете величины расходов на оплату труда в установленном законодательством Российской Федерации размере в процентах к фонду оплаты труда по следующим видам начислений:

страховые взносы в Пенсионный фонд Российской Федерации на обязательное пенсионное страхование;

страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством;

страховые взносы в Фонд социального страхования РФ на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

страховые взносы на обязательное медицинское страхование;

пособия, выплачиваемые работодателем за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации штатным работникам (за исключением пособий, выплачиваемых за счет средств федерального бюджета, выделяемых федеральным органам исполнительной власти, в которых предусмотрена военная служба и служба в правоохранительных органах).

Статья 54. Расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий

1. В тарифы включаются расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи по ОМС (далее – расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий), которые включают в себя затраты медицинской организации по приобретению:

лекарственных препаратов и иных лекарственных средств, используемых

для оказания медицинской помощи по ОМС (в том числе питательных смесей для энтерального питания), медицинских изделий;

кровезаменителей;

реактивов и химикатов, стекла и химпосуды (в том числе тары лекарственных средств, изготавливаемых в медицинской организации для обеспечения собственного лечебного процесса);

медицинских инструментов со сроком полезного использования менее 12 месяцев (под медицинским инструментарием подразумеваются продукция медицинского назначения, относимая «Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-2014 (СНС 2008)», утвержденным приказом Росстандарта от 12.12.2014 № 2018-ст, по кодам 330.32.50.21.110 «Инструменты и оборудование терапевтические», 330.32.50.21.111 «Инструменты терапевтические» и 330.32.50.50 «Изделия медицинские, в том числе хирургически, прочие»);

средств для дезинфекции медицинского инструментария и оборудования, обработки кожных покровов;

перевязочных средств в соответствии с нормативами потребления, утвержденными приказом Министерства здравоохранения СССР от 28.08.1985 № 1145 «Об утверждении временных нормативов потребления перевязочных средств для лечебно-профилактических и аптечных учреждений»;

медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, медицинских инструментов, предназначенных для восстановления, замены, изменения анатомического строения или физиологических функций организма, других расходных материалов, включенных в стандарт медицинской помощи;

медицинских изделий и других расходных материалов разового использования при оказании медицинских услуг, в числе которых:

- 1) бумага со специальными чувствительными слоями;
- 2) бумага и картриджи, применяемые в медицинском оборудовании при оказании медицинских услуг;
- 3) гели и средства контактные для диагностики;
- 4) кислород для медицинских целей;
- 5) простыни, пеленки, памперсы (подгузники) бумажные и другое абсорбирующее белье при оказании медицинской помощи детям, пациентам отделений реанимации и иным пациентам, имеющим ограничения к самообслуживанию или передвижению, а также пациентам с различными формами недержания мочи и кала;
- 6) халаты, шапочки, бахилы медицинские и т.п.;
- 7) другие медицинские изделия и расходные материалы разового использования при оказании медицинских услуг.

2. За счет средств ОМС приобретаются лекарственные препараты для медицинского применения, включенные в Перечень ЖНиВЛП, и медицинские изделия, включенные в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека.

За счет средств ОМС могут приобретаться иные лекарственные

препараты, предусмотренные формулярами лекарственного обеспечения лечебного процесса, разрабатываемыми медицинскими организациями (или формулярными комиссиями медицинских организаций) с учетом методов доказательной фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии, а также предоставляемого финансового обеспечения на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Расходы на приобретение лекарственных препаратов, не включенных в Перечень ЖНиВЛП или в разработанные медицинской организацией формуляры, производятся при оказании медицинских услуг пациентам в соответствии с решением врачебной комиссии медицинской организации, зафиксированном в медицинской документации и оформленным необходимыми документами (записью в журнале врачебной комиссии, протоколом заседания врачебной комиссии с приложением обоснования закупки лекарственных препаратов), а при экстренных и неотложных состояниях – в соответствии с решением заместителя главного врача по лечебной работе, зафиксированным в медицинской документации.

3. За счет средств ОМС, предусмотренных в структуре тарифов для расходов на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий, не компенсируются следующие затраты по приобретению:

прочих материальных запасов, не потребляемых полностью в процессе оказания медицинской помощи по ОМС и не указанных в статье 15 настоящего тарифного соглашения;

дезинфекционных средств на хозяйственные нужды, а также для проведения санитарно-эпидемиологических и дезинфекционно-стерилизационных мероприятий.

Вышеуказанные расходы осуществляются за счет средств, предусмотренных в структуре тарифов для компенсации хозяйственных расходов медицинской организации, или иных средств.

Статья 55. Расходы на приобретение продуктов питания

1. В тарифы включаются расходы на приобретение продуктов питания для обеспечения питанием пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе специализированных продуктов детского питания (молочных смесей) детям первых двух лет жизни, находящимся на прикорме и искусственном вскармливании, специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых технологической обработке (белковых композитных сухих смесей), а также для обеспечения выдачи молока работникам медицинских организаций, занятых на рабочих местах с вредными условиями труда, прошедших специальную оценку условий труда в установленном порядке.

2. Медицинские организации при расходовании средств на лечебное

питание должны обеспечить соблюдение норм лечебного питания в соответствии со статьей 39 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Статья 56. Прочие расходы, включенные в структуру тарифов

1. В тарифы включаются расходы на приобретение мягкого инвентаря для пациентов и медицинского персонала медицинской организации в соответствии с табелем оснащения и нормами бесплатной выдачи санитарной одежды (с учетом приказов Министерства здравоохранения СССР от 29.01.1988 № 65 «О введении отраслевых норм бесплатной выдачи спецодежды, спецобуви и других средств индивидуальной защиты, а также норм санитарной одежды и санитарной обуви», от 15.09.1988 № 710 «Об утверждении таблиц оснащения мягким инвентарем больниц, диспансеров, родильных домов, медико-санитарных частей, поликлиник, амбулаторий»).

2. В состав компенсируемых за счет средств ОМС затрат на оказание медицинской помощи, кроме того, включаются необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации следующие хозяйственные расходы:

расходы по оплате услуг связи, транспортных и коммунальных услуг;

расходы по оплате работ, услуг, связанных с содержанием имущества за исключением капитального ремонта объектов капитального строительства и реставрации нефинансовых активов;

прочие расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, за исключением научно-исследовательских, опытно-конструкторских, опытно-технологических, геологоразведочных работ, услуг по типовому проектированию, проектных, изыскательских и иных видов работ, связанных с работами по проектированию, строительству или контролю за реконструкцией, строительством, ремонтом объектов капитального строительства;

расходы на арендную плату за пользование имуществом;

расходы по оплате программного обеспечения и прочих услуг;

расходы по организации питания пациентов при отсутствии организованного питания в медицинской организации (при установлении в договоре цены услуги по организации питания пациентов необходимо выделить расходы исполнителя на приобретение продуктов питания, приготовление и доставку пищи);

социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;

прочие расходы, в том числе расходы по уплате налогов (включаемых в состав расходов), государственных пошлин и сборов, различного рода платежей в бюджеты всех уровней;

расходы по увеличению стоимости материальных запасов, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

расходы на приобретение основных средств (оборудование,

производственный и хозяйственный инвентарь)⁷ стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу;

социальные пособия и компенсации персоналу в денежной форме, установленные действующим законодательством.

3. Также в состав прочих расходов, включенных в структуру тарифов, относятся следующие расходы:

возмещение работникам расходов, связанных со служебными командировками:

1) по проезду к месту служебной командировки и обратно к месту постоянной работы транспортом общего пользования, соответственно, к станции, пристани, аэропорту и от станции, пристани, аэропорта, если они находятся за чертой населенного пункта, при наличии документов (билетов), подтверждающих эти расходы;

2) по найму жилых помещений;

3) по иным расходам, произведенным работником в служебной командировке с разрешения или ведома работодателя в соответствии с коллективным договором или локальным актом работодателя;

возмещение работникам расходов на прохождение медицинского осмотра.

Статья 57. Особенности учета расходов при взаиморасчетах медицинских организаций

1. С целью предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями, на основе стандартов медицинской помощи за счет средств ОМС, фактически поступивших в медицинскую организацию по тарифам на оплату оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, медицинские организации осуществляют расходы по оплате диагностических (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования или их недостаточности), консультативных⁸ (кроме консультативных посещений, обращений к врачам-специалистам медицинских организаций экспертного уровня, оплачиваемых согласно настоящему тарифному соглашению) и иных медицинских услуг, заказываемых в других медицинских организациях при невозможности оказать пациенту необходимый объем услуг для достижения результата обращения за медицинской помощью.

Взаиморасчеты медицинских организаций осуществляются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации на основании заключаемых договоров (контрактов).

⁷ Под оборудованием, производственным и хозяйственным инвентарем понимаются основные средства, относимые к таковым согласно «ОК 013-2014 (СНС 2008) Общероссийский классификатор основных фондов», утвержденному приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 12.12.2014 № 2018-ст.

⁸ То есть консультаций врачей, не являющихся работниками медицинской организации, при этом консультации врачами пациентов других отделений одной медицинской организации оплате не подлежат.

2. Расходы по оплате стоимости диагностических, консультативных и иных медицинских услуг, производимых в других медицинских организациях, компенсируются в структуре тарифов средствами, предусмотренными для расходов на оплату труда, расходов по приобретению лекарственных средств и медицинских изделий, продуктов питания и прочих расходов.

Расходы по оплате медицинских услуг, заказываемых в других медицинских организациях, в аналитическом учете могут относиться на расходы по приобретению лекарственных средств и медицинских изделий, продуктов питания в доле указанных расходов в стоимости оплачиваемой медицинской услуги согласно заключенному договору (контракту).

Статья 58. Расходы, не включенные в структуру тарифов

1. В тарифы не включены расходы, которые не предусмотрены структурой тарифа, определенной Территориальной программой, в том числе расходы по проведению капитального ремонта объектов капитального строительства и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу), а также иные расходы, осуществляемые за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов или иных средств медицинской организации.

2. Расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий, осуществляемые медицинской организацией за счет средств ОМС, не включают в себя затраты на приобретение:

лекарственных средств для льготного обеспечения необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан при амбулаторном лечении;

оптических стекол и оправ;

вакцин, используемых при проведении профилактических прививок в рамках Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

вакцин, используемых для проведения массовой туберкулинодиагностики в соответствии с законодательством о предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации;

донорской крови и ее компонентов;

материалов для зубопротезирования;

лекарственных средств для научных исследований, клинических исследований лекарственных препаратов, лекарственных средств и медицинских изделий для клинических испытаний медицинских изделий;

лекарственных средств и медицинских изделий с целью формирования резервов материальных ресурсов для ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;

иных расходов, для которых предусмотрены иные, нежели средства ОМС, источники финансового обеспечения, или расходов, не обусловленных

оказанием медицинской помощи по ОМС.

3. Расходы медицинских организаций, не предусмотренные Территориальной программой в структуре тарифов, осуществляются:

федеральными казенными, бюджетными или автономными учреждениями, государственными автономными или бюджетными учреждениями – за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета, а бюджетными или автономными – и за счет иных средств;

иными медицинскими организациями, в том числе иных форм собственности – за счет иных средств.

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

Статья 59. Порядок применения неоплаты неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

1. Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи по ОМС по предъявленным к оплате тарифам, санкции к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС применяется страховой организацией и фондом согласно Порядку контроля и настоящему тарифному соглашению.

2. Экспертиза качества медицинской помощи по ОМС проводится экспертами качества медицинской помощи, включенными в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, с использованием Методики проведения экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края, утвержденной фондом.

Экспертиза качества медицинской помощи по ОМС проводится на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также способом проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи сложившейся клинической практике.

Статья 60. Перечень и размеры санкций, применяемых к медицинской

организации за нарушение обязательств при оказании медицинской помощи

За нарушение обязательств при оказании медицинской помощи по ОМС к медицинским организациям применяются санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, и их величины согласно приложению 19 к настоящему тарифному соглашению.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 61. Срок действия и правила разьяснения тарифного соглашения

1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон, но не ранее вступления в силу Территориальной программы и распространяется на отношения в сфере ОМС на территории Ставропольского края с 1 января 2019 года за исключением отдельных положений, в том числе последующих изменений, для которых установлен иной срок вступления в силу.

Настоящее тарифное соглашение в пятидневный срок после дня его заключения направляется председателем Комиссии в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе ОМС

2. Настоящее тарифное соглашение действует до вступления в силу тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края в новой редакции (на следующий календарной год).

3. В части, не отраженной в настоящем тарифном соглашении, порядок и условия применения тарифов, установленных настоящим тарифным соглашением, разьясняют совместно министерство и фонд.

Статья 62. Правила определения состава уполномоченных представителей сторон и ратификации тарифного соглашения

1. Состав уполномоченных представителей сторон настоящего тарифного соглашения, участвующих в подписании настоящего тарифного соглашения, из числа членов Комиссии определяется в соответствии с Федеральным законом.

В случае включения в состав Комиссии представителя организации, представитель которой не участвовал в настоящем тарифном соглашении, уполномоченный представитель этой организации подписывает соглашение о ратификации настоящего тарифного соглашения, которое удостоверяется министерством и фондом. Соглашение о ратификации настоящего тарифного соглашения является его неотъемлемой частью.

2. В случае прекращения членства в составе Комиссии всех представителей организации, являвшейся уполномоченным представителем при подписании настоящего тарифного соглашения, уполномоченный представитель соответствующей организации не участвует в настоящем тарифном соглашении с даты исключения из состава Комиссии последнего из членов, являвшегося представителем данной организации.

Статья 63. Порядок предоставления информации членам Комиссии и проведения ее заседаний

1. Согласно Правилам, порядок предоставления информации членам Комиссии, в том числе правила и сроки обращений в Комиссию медицинских и страховых медицинских организаций, определяется решением Комиссии.

Информационное взаимодействие участников ОМС при формировании и изменении показателей объемов предоставления медицинской помощи осуществляется в едином информационном ресурсе, организованном фондом.

2. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

На очередном заседании Комиссии подлежат рассмотрению обращения медицинских и страховых медицинских организаций, поступившие секретарю Комиссии не позднее чем за 15 рабочих дней до назначенного председателем Комиссии дня ее заседания.

Статья 64. Порядок изменения тарифного соглашения

1. Настоящее тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в части по инициативе не менее одной трети членов Комиссии, а также в связи с заключением Федерального фонда обязательного медицинского страхования о несоответствии настоящего тарифного соглашения базовой программе ОМС.

Инициаторы внесения изменений или дополнений в настоящее тарифное соглашение – члены Комиссии не позднее чем за 15 рабочих дней до предлагаемого срока внесения изменений направляют мотивированное предложение секретарю Комиссии, который обеспечивает его направление иным членам Комиссии либо оглашают свои предложения на заседании Комиссии с предоставлением членам Комиссии проекта изменений.

Порядок и сроки рассмотрения заключения Федерального фонда обязательного медицинского страхования и принятия по нему решений определяет председатель Комиссии согласно срокам, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Рассмотрение предложений о внесении изменений в настоящее тарифное соглашение организует председатель Комиссии.

2. Изменения в настоящее тарифное соглашение оформляются протоколом Комиссии и подписываются уполномоченными представителями

организаций, представленных в составе Комиссии и участвовавших в настоящем тарифном соглашении либо ратифицировавших настоящее тарифное соглашение.

3. Изменения в настоящее тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника финансового обеспечения затрат.

Статья 65. Правила индексации тарифов

Базовые тарифы могут индексироваться способом их изменения или введения соответствующих коэффициентов. При изменении базовых ставок тарифа или установлении коэффициентов индексации, базовые тарифы изменяются или применяются с соответствующим коэффициентом с даты их введения.

Статья 66. Порядок урегулирования разногласий

1. В случае возникновения разногласий по применению настоящего тарифного соглашения любой участник ОМС вправе обратиться в министерство и фонд для разъяснений. Указанные разъяснения подлежат опубликованию на официальных сайтах министерства и фонда в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в срок не позднее 14 календарных дней со дня их издания.

Изданными министерством и фондом разъяснениями настоящего тарифного соглашения участники ОМС руководствуются при проведении переговоров и разрешении возникших разногласий.

2. Медицинская организация обжалует заключение страховой организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с Порядком контроля.

3. При не урегулировании участниками ОМС на территории Ставропольского края разногласий в процессе переговоров споры разрешаются в Арбитражном суде Ставропольского края.

Статья 67. Порядок расчетов при превышении медицинской организацией объемов медицинской помощи

1. Медицинская помощь, оказываемая за счет средств ОМС, предъявляется к оплате и оплачивается страховыми организациями или фондом в соответствии с Федеральным законом, Правилами, заключенными договорами в пределах объемов медицинской помощи по ОМС, установленных Комиссией.

2. При превышении объемов медицинской помощи по ОМС медицинской организацией и страховой организацией или фондом составляется реестр актов

медико-экономического контроля в соответствии с Порядком контроля, который приобщается к акту сверки расчетов.

3. Комиссией может быть принято решение об увеличении установленных медицинской организации объемов медицинской помощи по ОМС при наличии подтвержденного документами обоснования медицинской организацией превышения установленных объемов медицинской помощи по ОМС, фактически подтвержденной потребности в финансовом обеспечении затрат на оказание медицинской помощи по ОМС, а также резервов объемов медицинской помощи по ОМС согласно определенным территориальной программой ОМС нормативам оказания застрахованным лицам медицинской помощи на территории Ставропольского края, и финансовых средств на ее оказание.

Статья 68. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, порядок информационного взаимодействия

1. Порядок ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, установлен приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

2. Для организации информационного взаимодействия участников ОМС в соответствии с действующим законодательством, Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 (далее – Общие принципы), Территориальной программой, рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также практикой применения вышеуказанных нормативных актов фондом утверждаются:

Регламент информационного взаимодействия при расчетах за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам на территории Ставропольского края (далее – Регламент ИВ);

Регламент медико-экономического контроля реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, оказанной застрахованным лицам на территории Ставропольского края;

Регламент организации информационных систем участников ОМС на территории Ставропольского края;

иные документы, регламентирующие информационное взаимодействие участников ОМС при учете сведений о застрахованных лицах и об оказанной им медицинской помощи.

3. Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС содержит сведения, установленные Федеральным законом, Общими принципами и Регламентом ИВ, в том числе нижеуказанную информацию:

информацию о регистрации госпитализации пациентов в едином информационном ресурсе, предназначенном для информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;

информацию о всех, оказанных застрахованному лицу, медицинских услугах, классифицированных Номенклатурой, независимо от их тарификации согласно настоящему тарифному соглашению.

Формат электронного файла реестра счетов на оплату медицинской помощи по ОМС определяется Регламентом ИВ.

4. Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС формируется и предоставляется плательщику на бумажном носителе и в виде электронного файла.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС на бумажном носителе должен быть прошит, пронумерован и скреплен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и с приложением оттиска печати медицинской организации.

5. Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, а также иные документы и сведения в связи с исполнением заключенных договоров могут предоставляться контрагенту только в виде электронного файла, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью.

Порядок осуществления электронного юридически значимого документооборота определяется Регламентом предоставления услуг уполномоченной организации удостоверяющего центра электронной подписи автоматизированных информационных систем единого информационного пространства системы ОМС, а также Регламентом ИВ и Регламентом организации электронного юридически значимого документооборота в сфере ОМС на территории Ставропольского края (далее – Регламент ЭЮЗД), установленными фондом.

Электронный юридически значимый документооборот в сфере ОМС на территории Ставропольского края осуществляется в едином информационном пространстве ОМС на территории Ставропольского края – сети ViPNet № 636.

В случае присоединения медицинской организации к Регламенту ЭЮЗД реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, а также иные документы и сведения в связи с исполнением заключенных договоров по перечню, определенному Регламентом ЭЮЗД, представляются контрагенту только в электронной форме, подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью. Решение о готовности участника ОМС осуществлять электронный юридически значимый документооборот в сфере ОМС на территории Ставропольского края, а также о временном его приостановлении принимает фонд.

Статья 69. Правила оформления, опубликования и хранения тарифного соглашения

1. Настоящее тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр тарифного соглашения хранится в министерстве, второй – в фонде.

Тарифное соглашение включает приложения, перечисленные в таблице 19 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 19

Реестр
приложений к настоящему тарифному соглашению

№ стр.	Номер	Наименование приложения
	1	2
1.	1	Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Ставропольского края
2.	2	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по ФПдНФ на прикрепившихся лиц
3.	3	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи
4.	4	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях
5.	5	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара
6.	6	Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по ФПдНФ
7.	7	Тарифы ФПдНФ на оплату первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях прикрепившимся застрахованным лицам
8.	8	Тарифы на оплату первичной врачебной и доврачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи
9.	9	Тарифы, применяемые для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях центрами здоровья
10.	10	Тарифы законченных случаев проведения диспансеризации и

		профилактических осмотров для отдельных категорий граждан
11.	11	Тарифы медицинских услуг, не включенных в тариф посещения и обращения при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи
12.	12	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в стационарных условиях
13.	13	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в условиях дневного стационара
14.	14	Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в стационарных условиях
15.	15	Тарифы на оплату услуг диализа
16.	16	Тарифы ФПдНФ на оплату скорой медицинской помощи
17.	17	Тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи
18.	18	Тарифы на оплату стоматологической лечебно-диагностической услуги
19.	19	Перечень санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

2. Изменения к настоящему тарифному соглашению принимаются решением Комиссии, подписываются представителями сторон и составляются в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр изменений хранится в министерстве, второй – в фонде.

3. Настоящее тарифное соглашение и изменения к нему подлежат хранению по правилам организации государственного архивного фонда.

4. Настоящее тарифное соглашение и изменения к нему подлежат опубликованию на официальных сайтах министерства и фонда в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в срок не позднее 14 календарных дней со дня их принятия.

ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Министр здравоохранения
Ставропольского края

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Ставропольского края

_____ В.Н. Мажаров
« ____ » _____ 2018 года

_____ С.П. Трошин
« ____ » _____ 2018 года

Директор Ставропольского
филиала ООО ВТБ МС

_____ Т.А. Макоева
« ____ » _____ 2018 года

Заместитель директора филиала
ООО «СК «Ингосстрах-М»
в г. Ставрополе

_____ Н.А.Боброва
« ____ » _____ 2018 года

Президент
общественной организации
«Врачи Ставропольского края»

_____ М.А. Земцов
« ____ » _____ 2018 года

Председатель Ставропольской
краевой организации профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации

_____ А.И. Кривко
« ____ » _____ 2018 года