

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

г. Ставрополь

28 декабря 2019 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 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Ставропольского края от 27.12.2019 № 618-п.

2. Настоящее тарифное соглашение принято комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае (протокол от 28.12.2019 № 17).

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 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610;
- 4) Территориальная программа – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденная постановлением Правительства Ставропольского края от 27.12.2019 № 618-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;

6) 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 Министерством здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н;

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

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 28.02.2019 № 36;

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 12.12.2019 № 11-7/И/2-11779 и № 17033/26-2/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 выбытия (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 размер 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 соответствующих коэффициентов дифференциации ПдНФ;

23) фактический размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФФРО_{ФАП}) – дифференцированный для группы (подгруппы) фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным Положением об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н, размер средств финансового обеспечения в расчете на один фельдшерский или фельдшерско-акушерских пункт;

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

25) 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);

26) 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;

27) 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);

28) 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);

29) консультативное посещение – случай поликлинического

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

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);

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

31) 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;

32) 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);

33) 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);

34) 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);

35) 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

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.

(подлежит учету в качестве профилактического посещения);

36) 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;

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

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

39) 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;

40) комплексное посещение при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации определенных групп населения – законченный случай оказания пациенту амбулаторной медицинской помощи, включающий объем функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров, предусмотренных порядком их проведения, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

41) 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;

42) 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;

43) 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;

44) 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);

45) подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, установленных настоящим тарифным соглашением, для которой установлен коэффициент относительной затратно-емкости, отличный от коэффициента относительной затратно-емкости КСГ согласно Методическим рекомендациям;

46) 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 13.12.2019 № 17151/26-1/и в дополнение к Методическим рекомендациям;

47) 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);

48) 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;

49) 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 затратно-емкости, коэффициент дифференциации подушевого норматива);

50) коэффициент относительной затратно-емкости (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);

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

52) 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);

53) 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;

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

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

56) 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;

57) 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;

58) ПСМП – подразделение скорой медицинской помощи;

59) 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;

60) 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 комплексное посещение в связи с проведением профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации 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 Методическим рекомендациям.

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;

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.

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

КСГ «Операции на сосудах (уровень 5)» – в зависимости от медицинской услуги, являющейся основным классификационным критерием;

КСГ «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций» – в зависимости от средней длительности лечения пациентов.

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

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 фондом.

4. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи,

оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц в пределах и на основе установленных территориальной программой ОМС объемов предоставления медицинской помощи. В целях распределения объемов учитываются информация и предложения участников ОМС, в том числе медицинских организаций, сформированные посредством единого информационного ресурса, организованного фондом, а также результаты оценки эффективности деятельности медицинских организаций в целях определения возможности реализации заявленных медицинской организацией объемов медицинской помощи.

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. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

2. 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, врачом травматологом-ортопедом травматологического пункта, неотложной медицинской помощи, стоматологической медицинской помощи, первых посещений по поводу диспансерного наблюдения в календарном году, а также мероприятий по профилактическим медицинским осмотрам, в том числе в рамках диспансеризации отдельных категорий граждан, посещений центров здоровья – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях), кроме случаев, указанных в втором абзаце части 2 настоящей статьи.

По тарифу ФФРО_{ФАП} оплачивается первичная доврачебная медико-санитарная помощь, оказанная в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах:

соответствующих требованиям, которые установлены Министерством здравоохранения Российской Федерации – в размере финансового обеспечения, предусмотренного Территориальной программой;

иных типов или не соответствующих рекомендуемым Министерством здравоохранения Российской Федерации штатным нормативам – с применением к размеру финансового обеспечения, установленного Территориальной программой, повышающего или понижающего коэффициента согласно настоящему тарифному соглашению.

3. Оплата первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой акушером-гинекологом, врачом травматологом-ортопедом травматологического пункта, неотложной медицинской помощи, стоматологической медицинской помощи, первых посещений по поводу диспансерного наблюдения в календарном году, профилактическим медицинским осмотрам, в том числе в рамках диспансеризации 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.

4. 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 центр здоровья, также тариф посещения, за исключением тарифа комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, определяются в зависимости от специальности медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и цели обращения за медицинской помощью согласно настоящему тарифному соглашению.

5. 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 этапа 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).

6. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства (далее - бережливая поликлиника) в случае достижения всех показателей результативности, установленных в Методических рекомендациях «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 30.07.2019, один раз в год получают стимулирующие выплаты. Перечень бережливых поликлиник, утвержден приказом министерства от 09.04.2019 № 01-05/233.

Оценку показателей результативности деятельности бережливых поликлиник осуществляет ГБУЗ СК «Ставропольский краевой центр медицинской профилактики», которое передает результаты оценки в Комиссию в установленный Комиссией срок.

Статья 10. Перечни медицинских организаций, оказывающих 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.

Фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, финансовое обеспечение которых осуществляется по ФФРО_{ФАП}, определены в приложении 3 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 4 к настоящему тарифному соглашению, в том числе следующие медицинские организации экспертного этапа или оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "медицинская реабилитация":

- 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 уроandroлогический 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. Филлипского» города Ставрополя;
- ГБУЗ СК «Городская больница» города Невинномыска;
- 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»;
- АНМО «Нефрологический центр»;
- ООО «Центр клинической фармакологии и фармакотерапии»;
- ООО «Медфармсервис»;
- ООО «Центр доктора Бубновского на Кавказских Минеральных Водах».

Статья 11. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по ФПдНФ или ФФРО_{ФАП}

1. По тарифу ФПдНФ оплачивается оказываемая медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, в амбулаторных условиях первичная доврачебная и врачебная медико-санитарная помощь врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей врачебной практики, акушерками и 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, врачом травматологом-ортопедом травматологического пункта, стоматологической медицинской помощи, первых посещений по поводу диспансерного наблюдения в календарном году, 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».

посещений и обращений к акушерке, фельдшеру и медицинской сестре фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, указанных в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

В тариф 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 – четвертом части 1 настоящей статьи.

2. По тарифу ФФРО_{ФАП} оплачивается первичная доврачебная медико-санитарная помощь, оказываемая в фельдшерских или фельдшерско-акушерских пунктах, указанных в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

3. При оплате медицинской помощи по тарифу ФПдНФ или ФФРО_{ФАП} 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 или ФФРО_{ФАП}, формируется и предоставляется плательщику отдельным реестром счетов.

Статья 12. Правила применения тарифа ФПдНФ и ФФРО_{ФАП} медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1. По тарифу ФПдНФ и ФФРО_{ФАП} оплачивается оказанная медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, первичная врачебная, доврачебная и специализированная медико-санитарная помощь, указанная в статье 11 настоящего тарифного соглашения, застрахованным на территории Ставропольского края лицам, на основании данных РС ЕРЗ по состоянию на первое число отчетного месяца.

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 включения расходов на содержание ДШО в ФПдНФ, учитывающих 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 первичная специализированная медико-санитарная помощь, указанная в части 5 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 врачами-специалистами пациентов с хронической патологией, состоящих на диспансерном учете по соответствующему заболеванию, предьявляется к оплате по тарифу диспансерного посещения школы здоровья. 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.

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 предьявляется к оплате по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу обращения в связи с заболеванием, кроме случаев однократного посещения пациентом медицинской организации, который предьявляется к

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 № 920н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология».

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 предьявляется 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 предьявляется 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 комплексного посещения при оплате профилактического медицинского осмотра, в том числе в рамках 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 комплексного посещения 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 комплексного посещения 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 профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения предьявляется к оплате по правилам, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФОМС:

1) по итогам профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в случае выполнения в течение календарного года в рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра или первого

этапа диспансеризации⁵ - по установленной настоящим тарифным соглашением стоимости комплексного посещения;

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. Единицей учета врачебных осмотров при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации определенных групп населения, является профилактическое посещение.

Статья 18. Правила применения тарифов комплексного посещения 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

⁵ При этом обязательным является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

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);

ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы;

эндоскопические диагностические исследования;

молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний;

гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний;

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, ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний медицинские организации руководствуются Номенклатурой.

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.

5. При проведении пациенту прижизненного патолого-анатомического исследования в амбулаторных условиях макро- и микроскопических изменений фрагментов тканей, органов используются следующие критерии учета:

при вырезке, проводке и микротомии – по числу объектов (объектом является один тканевой образец, залитый в один парафиновый или замороженный блок) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при окраске микропрепаратов (постановке реакций, определений) – по числу объектов, обработанных одной окраской (реакцией, определением) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при пересмотре – описание представленного из одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала вне зависимости от объема и количества.

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.

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 клинико-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 12,5 – 13 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 – 4,2, в одном посещении с профилактической целью – 4,0, в одном обращении в связи с заболеванием – 9,4.

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. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях,

применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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

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

2. 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.

3. 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. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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

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

2. 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.

3. 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 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.

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. При оказании первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10, случай оказания медицинской помощи предьявляется к оплате по тарифам двух КСГ в следующих случаях:

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

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

этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности или в отделение сестринского ухода в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением;

проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

6. 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 предьявляется 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 предьявляется 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.

7. 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.

8. 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 предьявляется 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.

9. 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 предьявляется 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 предьявляется к оплате по тарифу хирургической КСГ, сформированной согласно оказанной медицинской услуге (основной классификационный критерий).

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/ HS2002.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	st02.008/ TS2002.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов
2.	st02.011/ HS2002.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	st02.008/ TS2002.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов
3.	st02.010/ HS2002.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	st02.009/ TS2002.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов
4.	st14.001/ HS2014.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	st04.002/ TS2004.002	Воспалительные заболевания кишечника
5.	st14.002/ HS2014.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	st04.002/ TS2004.002	Воспалительные заболевания кишечника
6.	st21.001/ HS2021.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	st21.007/ TS2021.007	Болезни глаза
7.	st34.002/ HS2034.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	st34.001/ TS2034.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей,

				врожденные аномалии лица и шеи, взрослые
8.	st34.002/ HS2034.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	st26.001/ TS2026.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети

10. В случае оказания медицинской помощи пациенту, госпитализированному для введения лекарственных препаратов, приобретаемых за счет иных кроме ОМС средств, такой случай оказания медицинской помощи предъявляется 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».

11. 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 предъявляется 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.

12. 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.	st01.001	TS2001.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода
2.	st02.002	TS2002.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
3.	st02.006	TS2002.006	Послеродовой сепсис
4.	st02.012	HS2002.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
5.	st03.002	TS2003.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
6.	st04.001	TS2004.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
7.	st06.003	TS2006.003	Легкие дерматозы
8.	st09.003	HS2009.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
9.	st09.004	HS2009.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
10.	st09.008	HS2009.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
11.	st09.009	HS2009.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
12.	st09.010	HS2009.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
13.	st10.003	HS2010.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
14.	st10.005	HS2010.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
15.	st14.001	HS2014.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
16.	st15.005	TS2015.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
17.	st15.008	CS2015.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
18.	st15.009	CS2015.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
19.	st16.003	TS2016.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
20.	st16.005	TS2016.005	Сотрясение головного мозга
21.	st16.010	HS2016.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)

22.	st16.011	HS2016.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
23.	st20.008	CS2020.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
24.	st20.009	HS2020.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
25.	st20.010	CS2020.010	Замена речевого процессора
26.	st21.004	HS2021.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
27.	st21.005	HS2021.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
28.	st21.006	HS2021.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
29.	st27.001	TS2027.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
30.	st27.003	TS2027.003	Болезни желчного пузыря
31.	st27.005	TS2027.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
32.	st27.006	TS2027.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
33.	st27.010	TS2027.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
34.	st28.004	HS2028.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
35.	st28.005	HS2028.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
36.	st29.002	TS2029.002	Переломы шейки бедра и костей таза
37.	st29.003	TS2029.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
38.	st29.004	TS2029.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы
39.	st29.005	TS2029.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
40.	st29.012	CS2029.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
41.	st29.013	CS2029.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
42.	st30.004	TS2030.004	Болезни предстательной железы
43.	st30.008	HS2030.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
44.	st30.009	HS2030.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)

45.	st30.015	HS2030.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
46.	st31.002	HS2031.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
47.	st31.009	HS2031.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
48.	st31.010	HS2031.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
49.	st31.012	TS2031.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
50.	st31.018	TS2031.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
51.	st32.004	HS2032.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
52.	st32.010	HS2032.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
53.	st32.011	HS2032.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
54.	st32.012	HS2032.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
55.	st32.013	HS2032.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
56.	st32.014	HS2032.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
57.	st32.015	HS2032.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
58.	st36.001	CS2036.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
59.	st36.003	CS2036.003. 1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Этанерцепт
60.	st36.003	CS2036.003. 2	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Голимумаб
61.	st36.003	CS2036.003. 3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Адалимумаб
62.	st36.003	CS2036.003. 4	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Абатацепт
63.	st36.003	CS2036.003. 5	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Тоцилизумаб

64.	st36.003	CS2036.003. 6	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Устекинумаб
65.	st36.003	CS2036.003. 7	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Омализумаб
66.	st36.003	CS2036.003. 8	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Цертолизумаба пэгол
67.	st36.003	CS2036.003. 9	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Инфликсимаб
68.	st36.003	CS2036.003. 10	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Ведолизумаб
69.	st36.007	HS2036.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
70.	st36.009	HS2036.009	Реинфузия аутокрови
71.	st36.010	HS2036.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
72.	st36.011	HS2036.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
73.	st37.004	HS2037.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)

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	HD2002.005.1	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	HD2002.005.2	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	HD2002.005.3	Экстракорпоральное оплодотворение (полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов)
4.	ds02.005	HD2002.005.4	Экстракорпоральное оплодотворение (полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов)
5.	ds02.005	HD2002.005.5	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 4 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.

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	TS2002.001	Осложнения, связанные с беременностью
2.	st02.002	TS2002.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
3.	st02.003	CS2002.003	Родоразрешение
4.	st02.004	HS2002.004	Кесарево сечение
5.	st02.010	HS2002.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
6.	st02.011	HS2002.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
7.	st03.002	TS2003.002	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
8.	st19.059	XS2019.059	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые ⁶
9.	st19.060	XS2019.060	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые ⁶
10.	st05.008	XS2005.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе ⁶
11.	st19.061	XS2019.061	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы ⁶
12.	st08.002	XS2008.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети ⁶
13.	st08.003	XS2008.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети ⁶
14.	st12.010	TS2012.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
15.	st12.011	TS2012.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
16.	st14.002	HS2014.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
17.	st15.008	CS2015.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1) ⁶

18.	st15.009	CS2015.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) ⁶
19.	st16.005	TS2016.005	Сотрясение головного мозга
20.	st19.007	OS2019.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
21.	st19.027	XS2019.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) ⁶
22.	st19.028	XS2019.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) ⁶
23.	st19.029	XS2019.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) ⁶
24.	st19.030	XS2019.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) ⁶
25.	st19.031	XS2019.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) ⁶
26.	st19.032	XS2019.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) ⁶
27.	st19.033	XS2019.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) ⁶
28.	st19.034	XS2019.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) ⁶
29.	st19.035	XS2019.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) ⁶

30.	st19.036	XS2019.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) ⁶
31.	st19.056	XS2019.056	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) ⁶
32.	st19.057	XS2019.057	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) ⁶
33.	st19.058	XS2019.058	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) ⁶
34.	st19.038	OS2019.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
35.	st20.005	HS2020.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
36.	st20.006	HS2020.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
37.	st20.010	CS2020.010	Замена речевого процессора
38.	st21.001	HS2021.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
39.	st21.002	HS2021.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
40.	st21.003	HS2021.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
41.	st21.004	HS2021.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
42.	st21.005	HS2021.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
43.	st21.006	HS2021.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
44.	st25.004	CS2025.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
45.	st27.012	TS2027.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
46.	st30.006	HS2030.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
47.	st30.010	HS2030.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
48.	st30.011	HS2030.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)

49.	st30.012	HS2030.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
50.	st30.014	HS2030.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
51.	st31.017	TS2031.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
52.	st32.002	HS2032.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
53.	st32.012	HS2032.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
54.	st32.016	HS2032.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
55.	st34.002	HS2034.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
56.	st36.001	CS2036.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина ⁶
57.	st36.003	CS2036.003.1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Этанерцепт ⁶
58.	st36.003	CS2036.003.2	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Голимумаб ⁶
59.	st36.003	CS2036.003.3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Адалимумаб ⁶
60.	st36.003	CS2036.003.4	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Абатацепт ⁶
61.	st36.003	CS2036.003.5	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Тоцилизумаб ⁶
62.	st36.003	CS2036.003.6	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Устекинумаб ⁶
63.	st36.003	CS2036.003.7	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Омализумаб ⁶

64.	st36.003	CS2036.003.8	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Цертолизумаба пэгол ⁶
65.	st36.003	CS2036.003.9	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Инфликсимаб ⁶
66.	st36.003	CS2036.003.10	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Ведолизумаб ⁶
67.	st36.007	HS2036.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
68.	st36.009	HS2036.009	Реинфузия аутокрови
69.	st36.010	HS2036.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
70.	st36.011	HS2036.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

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	TD2002.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
2.	ds02.006	CD2002.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
3.	ds02.007	HD2002.007	Аборт медикаментозный
4.	ds05.005	XD2005.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе ⁶
5.	ds08.002	XD2008.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети ⁶
6.	ds15.002	CD2015.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) ⁶

⁶ При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

7.	ds15.003	CD2015.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) ⁶
8.	ds19.018	XD2019.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) ⁶
9.	ds19.019	XD2019.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) ⁶
10.	ds19.020	XD2019.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) ⁶
11.	ds19.021	XD2019.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) ⁶
12.	ds19.022	XD2019.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) ⁶
13.	ds19.023	XD2019.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) ⁶
14.	ds19.024	XD2019.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) ⁶
15.	ds19.025	XD2019.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) ⁶
16.	ds19.026	XD2019.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) ⁶
17.	ds19.027	XD2019.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) ⁶

18.	ds19.028	OD2019.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
19.	ds19.029	OD2019.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
20.	ds19.030	XD2019.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) ⁶
21.	ds19.031	XD2019.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) ⁶
22.	ds19.032	XD2019.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) ⁶
23.	ds19.033	OD2019.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
24.	ds19.034	XD2019.034	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые ⁶
25.	ds19.035	XD2019.035	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые ⁶
26.	ds19.036	XD2019.036	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы ⁶

27.	ds20.002	HD2020.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
28.	ds20.003	HD2020.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
29.	ds20.006	CD2020.006	Замена речевого процессора
30.	ds21.002	HD2021.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
31.	ds21.003	HD2021.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
32.	ds21.004	HD2021.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
33.	ds21.005	HD2021.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
34.	ds21.006	HD2021.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
35.	ds25.001	HD2025.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
36.	ds27.001	TD2027.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
37.	ds34.002	HD2034.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
38.	ds36.001	CD2036.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
39.	ds36.004	CD2036.004.1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Этанерцепт ⁶
40.	ds36.004	CD2036.004.2. 1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Абатацепт ⁶
41.	ds36.004	CD2036.004.2. 2	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Абатацепт ⁶
42.	ds36.004	CD2036.004.3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Тоцилизумаб ⁶
43.	ds36.004	CD2036.004.4	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с использованием препарата Паливизумаб

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, медицинская помощь при проведении диагностических исследований, 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, 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	CS2002.003	Родоразрешение
2.	st02.004	HS2002.004	Кесарево сечение
3.	st02.010	HS2002.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
4.	st02.011	HS2002.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
5.	st02.012	HS2002.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
6.	st02.013	HS2002.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
7.	st09.001	HS2009.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
8.	st09.002	HS2009.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
9.	st09.003	HS2009.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
10.	st09.004	HS2009.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
11.	st09.005	HS2009.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)

12.	st09.006	HS2009.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
13.	st09.007	HS2009.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
14.	st09.008	HS2009.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
15.	st09.009	HS2009.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
16.	st09.010	HS2009.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
17.	st10.001	HS2010.001	Детская хирургия (уровень 1)
18.	st10.002	HS2010.002	Детская хирургия (уровень 2)
19.	st10.003	HS2010.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
20.	st10.004	HS2010.004	Аппендэктомия, дети (уровень 2)
21.	st10.005	HS2010.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
22.	st10.006	HS2010.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
23.	st10.007	HS2010.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
24.	st13.002	CS2013.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
25.	st13.003	CS2013.003	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
26.	st13.005	CS2013.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
27.	st13.007	CS2013.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
28.	st14.001	HS2014.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
29.	st14.002	HS2014.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
30.	st14.003	HS2014.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
31.	st15.015	CS2015.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
32.	st15.016	CS2015.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
33.	st16.007	HS2016.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
34.	st16.008	HS2016.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
35.	st16.009	HS2016.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
36.	st16.010	HS2016.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
37.	st16.011	HS2016.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)

38.	st18.002	CS2018.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
39.	st19.001	OS2019.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
40.	st19.002	OS2019.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
41.	st19.003	OS2019.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
42.	st19.004	OS2019.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
43.	st19.005	OS2019.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
44.	st19.006	OS2019.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
45.	st19.007	OS2019.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
46.	st19.008	OS2019.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
47.	st19.009	OS2019.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
48.	st19.010	OS2019.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
49.	st19.011	OS2019.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
50.	st19.012	OS2019.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
51.	st19.013	OS2019.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
52.	st19.014	OS2019.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)

53.	st19.015	OS2019.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
54.	st19.016	OS2019.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)
55.	st19.017	OS2019.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)
56.	st19.018	OS2019.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
57.	st19.019	OS2019.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
58.	st19.020	OS2019.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
59.	st19.021	OS2019.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
60.	st19.022	OS2019.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
61.	st19.023	OS2019.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
62.	st19.024	OS2019.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
63.	st19.025	OS2019.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
64.	st19.026	OS2019.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
65.	st19.038	OS2019.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
66.	st20.005	HS2020.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)

67.	st20.006	HS2020.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
68.	st20.007	HS2020.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
69.	st20.008	CS2020.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
70.	st20.009	HS2020.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
71.	st20.010	CS2020.010	Замена речевого процессора
72.	st21.001	HS2021.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
73.	st21.002	HS2021.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
74.	st21.003	HS2021.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
75.	st21.004	HS2021.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
76.	st21.005	HS2021.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
77.	st21.006	HS2021.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
78.	st24.004	CS2024.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
79.	st25.004	CS2025.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
80.	st25.005	HS2025.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
81.	st25.006	HS2025.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
82.	st25.007	HS2025.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
83.	st25.008	HS2025.008	Операции на сосудах (уровень 1)
84.	st25.009	HS2025.009	Операции на сосудах (уровень 2)
85.	st25.010	HS2025.010	Операции на сосудах (уровень 3)
86.	st25.011	HS2025.011	Операции на сосудах (уровень 4)
87.	st25.012	HS2025.012.1	Операции на сосудах (уровень 5) (Баллонная ангиопластика со стентированием поверхностной бедренной артерии)
88.	st25.012	HS2025.012.2	Операции на сосудах (уровень 5) (Установка стента в сосуд)
89.	st25.012	HS2025.012.3	Операции на сосудах (уровень 5) (Эндоваскулярная окклюзия сосудов с помощью микроспиралей)
90.	st25.012	HS2025.012.4	Операции на сосудах (уровень 5) (Эндоваскулярная окклюзия полости аневризмы с помощью микроспиралей)

91.	st25.012	HS2025.012.5	Операции на сосудах (уровень 5) (Эндоваскулярная эмболизация сосудов)
92.	st25.012	HS2025.012.6	Операции на сосудах (уровень 5) (Эндоваскулярная эмболизация сосудов с помощью адгезивных агентов)
93.	st27.007	CS2027.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
94.	st27.009	CS2027.009	Другие болезни сердца (уровень 2)
95.	st28.002	HS2028.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
96.	st28.003	HS2028.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
97.	st28.004	HS2028.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
98.	st28.005	HS2028.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
99.	st29.008	HS2029.008	Эндопротезирование суставов
100.	st29.009	HS2029.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
101.	st29.010	HS2029.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
102.	st29.011	HS2029.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
103.	st29.012	CS2029.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
104.	st29.013	CS2029.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
105.	st30.006	HS2030.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
106.	st30.007	HS2030.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
107.	st30.008	HS2030.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
108.	st30.009	HS2030.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
109.	st30.010	HS2030.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)

110.	st30.011	HS2030.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
111.	st30.012	HS2030.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
112.	st30.013	HS2030.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
113.	st30.014	HS2030.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
114.	st30.015	HS2030.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
115.	st31.002	HS2031.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
116.	st31.003	HS2031.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
117.	st31.004	HS2031.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
118.	st31.005	HS2031.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
119.	st31.006	HS2031.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
120.	st31.007	HS2031.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
121.	st31.008	HS2031.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
122.	st31.009	HS2031.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
123.	st31.010	HS2031.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
124.	st31.015	CS2031.015	Остеомиелит (уровень 3)
125.	st31.019	HS2031.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
126.	st32.001	HS2032.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
127.	st32.002	HS2032.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
128.	st32.003	HS2032.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
129.	st32.004	HS2032.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
130.	st32.005	HS2032.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
131.	st32.006	HS2032.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)

132.	st32.007	CS2032.007	Панкреатит, хирургическое лечение
133.	st32.008	HS2032.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
134.	st32.009	HS2032.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
135.	st32.010	HS2032.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
136.	st32.011	HS2032.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
137.	st32.012	HS2032.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
138.	st32.013	HS2032.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
139.	st32.014	HS2032.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
140.	st32.015	HS2032.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
141.	st32.016	HS2032.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
142.	st32.017	HS2032.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
143.	st32.018	HS2032.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
144.	st34.002	HS2034.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
145.	st34.003	HS2034.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
146.	st34.004	HS2034.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
147.	st34.005	HS2034.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
148.	st36.009	HS2036.009	Реинфузия аутокрови
149.	st36.010	HS2036.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
150.	st36.011	HS2036.011	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	HD2002.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
2.	ds02.004	HD2002.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
3.	ds02.006	CD2002.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
4.	ds09.001	HD2009.001	Операции на мужских половых органах,

			дети
5.	ds09.002	HD2009.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
6.	ds10.001	HD2010.001	Операции по поводу грыж, дети
7.	ds13.002	CD2013.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
8.	ds14.001	HD2014.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
9.	ds14.002	HD2014.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
10.	ds16.002	HD2016.002	Операции на периферической нервной системе
11.	ds18.003	CD2018.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
12.	ds19.016	OD2019.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
13.	ds19.017	OD2019.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
14.	ds19.028	OD2019.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
15.	ds20.002	HD2020.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
16.	ds20.003	HD2020.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
17.	ds20.004	HD2020.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
18.	ds20.005	HD2020.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
19.	ds20.006	CD2020.006	Замена речевого процессора
20.	ds21.002	HD2021.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
21.	ds21.003	HD2021.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
22.	ds21.004	HD2021.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
23.	ds21.005	HD2021.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
24.	ds21.006	HD2021.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
25.	ds25.001	HD2025.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
26.	ds25.002	HD2025.002	Операции на сосудах (уровень 1)
27.	ds25.003	HD2025.003	Операции на сосудах (уровень 2)

28.	ds28.001	HD2028.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
29.	ds29.001	HD2029.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
30.	ds29.002	HD2029.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
31.	ds29.003	HD2029.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
32.	ds30.002	HD2030.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
33.	ds30.003	HD2030.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
34.	ds30.004	HD2030.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
35.	ds30.005	HD2030.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
36.	ds30.006	HD2030.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
37.	ds31.002	HD2031.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
38.	ds31.003	HD2031.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
39.	ds31.004	HD2031.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
40.	ds31.005	HD2031.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
41.	ds31.006	HD2031.006	Операции на молочной железе
42.	ds32.001	HD2032.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
43.	ds32.002	HD2032.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
44.	ds32.003	HD2032.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
45.	ds32.004	HD2032.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
46.	ds32.005	HD2032.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
47.	ds32.006	HD2032.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
48.	ds32.007	HD2032.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
49.	ds32.008	HD2032.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)

50.	ds34.002	HD2034.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
51.	ds34.003	HD2034.003	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. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяется способ оплаты медицинской помощи по ФПдНФ в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2. 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, в том числе при медицинской эвакуации.

3. 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 7 к настоящему тарифному соглашению.

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

ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница»;

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

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска;

ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница»;

ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр»;

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»;

В17.044.003.001 «Врачебная специализированная бригада реанимационная (интенсивной терапии) (не более 100 км)»;

В17.044.003.002 «Врачебная специализированная бригада реанимационная (интенсивной терапии) (более 100 км, и не более 200 км)»;

В17.044.003.003 «Врачебная специализированная бригада реанимационная (интенсивной терапии) (более 200 км, и не более 300 км)»;

В17.044.003.004 «Врачебная специализированная бригада реанимационная (интенсивной терапии) (более 300 км, и не более 400 км)»;

В17.044.003.005 «Врачебная специализированная бригада реанимационная (интенсивной терапии) (более 400 км, и не более 500 км)»;

В17.044.003.006 «Врачебная специализированная бригада реанимационная (интенсивной терапии) (более 500 км, и не более 600 км)»;

В17.044.003.007 «Врачебная специализированная бригада реанимационная (интенсивной терапии) (более 600 км)».

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.

3. При оплате медицинской помощи по тарифу ФПДНФ в реестры счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в обязательном порядке включаются все единицы объема скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

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 пробега автомобиля скорой медицинской помощи.

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 заболеваниями не предусмотренными территориальной программой ОМС, 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, 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.

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		
			сверхбазовой программе ОМС	базовой программе ОМС,	в том числе на жителей СК на территории СК
	1	2	3	4	5
1.	в амбулаторных условиях	4373,08	12,30	4360,90	4306,64
2.	в стационарных условиях	6152,67	-	6152,67	5695,41
3.	в условиях дневного стационара	1303,66	-	1303,66	1265,67
4.	скорой медицинской	706,41	-	706,41	687,22

	помощи, оказываемой вне медицинской организации				
--	---	--	--	--	--

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 затратно-емкости, 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 и ФФРО_{ФАП} медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях

1. ПдНФ первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, составляет 111,82 рублей в месяц. Тарифы ФдпНФ на оплату первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях прикрепившимся застрахованным лицам, приведены в приложении 2 к настоящему тарифному соглашению.

2. К тарифу ПдНФ медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях первичной медико-санитарной помощи, применяются коэффициенты дифференциации подушевого норматива, установленные настоящим тарифным соглашением.

3. Размеры тарифов ФФРО_{ФАП} фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов приведены в приложении 3 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	0,95
2.	2 уровень	1,10
3.	3 уровень	1,20

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, рассчитанные с учетом КфД, 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, с учетом КД	24 770,28
2.	Базовая ставка при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, с учетом КД	12 309,46

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) ⁷	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

⁷ Данный коэффициент (КфСЛ₀₁) не подлежит применению к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи по профилю «неонатология».

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 геронтологические профильные койки с основным диагнозом, относящемся к другому профилю («Старческая астения» указывается сопутствующим диагнозом)
6.	КфСЛ ₀₆	1,4	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами	Сложность лечения пациента, связанная с заболеваниями и их осложнениями, вызванными микроорганизмами с антибиотикрезистентностью, а также в случаях лечения по поводу инвазивных микозов
7.	КфСЛ ₀₇	1,05	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции	В случае совпадения сроков первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции с госпитализацией по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации

8.	КфСЛ ₀₈	1,04	Проведение молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований	В случае проведения молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в ходе диагностики злокачественных новообразований в стационарных условиях
----	--------------------	------	--	--

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	0,77	0,70
2.	2 уровень	1,06	0,90
3.	3 уровень	1,22	1,10

2. Величина КфУР является средней расчетной величиной и при оплате медицинской помощи к тарифам 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 5 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.

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 – 5 286,20 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 53,02 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.	B04.001.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	663,43	-

2.	B04.005.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-гематолога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	188,04	-
3.	B04.006.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача генетика (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	400,15	-
4.	B04.034.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-психотерапевта (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	491,95	-
5.	B04.057.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-хирурга (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	487,41	-
6.	B04.053.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-уролога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	437,72	-
7.	B12.001.001.001.1	Обращение к врачу-акушеру-гинекологу в связи с заболеванием	3 654,83	-
8.	B12.005.001.001.1	Обращение к врачу-гематологу в связи с заболеванием	4 513,42	-
9.	B12.006.001.001.1	Обращение к врачу-генетику в связи с заболеванием	8 202,22	-
10.	B12.053.001.001.1	Обращение к врачу-урологу в связи с заболеванием	2 224,61	-
11.	B12.057.001.001.1	Обращение к врачу-хирургу в связи с заболеванием	875,62	-

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 затратоемкости, 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.

6. 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)⁸ 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

⁸ 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.

осуществляют расходы по оплате диагностических (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования или их недостаточности), консультативных⁹ (кроме консультативных посещений, обращений к врачам-специалистам медицинских организаций экспертного этапа, 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).

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

⁹ То есть консультаций врачей, не являющихся работниками медицинской организации, при этом консультации врачами пациентов других отделений одной медицинской организации оплате не подлежат.

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 разъяснения 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 2020 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, разъясняют 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 Комиссии и проведения ее заседаний

1. Порядок предоставления информации членам Комиссии, а также методические указания о предоставлении информации и документов на рассмотрение Комиссии, в том числе правила и сроки обращения медицинских и страховых медицинских организаций, определяются 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.

Реестр
приложений к настоящему тарифному соглашению

Таблица 19

№ 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, а также входящих в их структуру фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, оказывающих первичную доврачебную медико-санитарную помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по ФФРО _{ФАП}
4.	4	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
5.	5	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях
6.	6	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара
7.	7	Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по ФПдНФ
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

_____ В.Н. Мажаров
« ____ » _____ 2019 года

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Ставропольского края

_____ С.П. Трошин
« ____ » _____ 2019 года

Директор Ставропольского
филиала ООО ВТБ МС

_____ Т.А. Макоева
« ____ » _____ 2019 года

Президент
общественной организации
«Врачи Ставропольского края»

_____ М.А. Земцов
« ____ » _____ 2019 года

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

_____ Ю.А. Терещенко
« ____ » _____ 2019 года

Председатель Ставропольской
краевой организации профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации

_____ А.И. Кривко
« ____ » _____ 2019 года