**Тарифное соглашение**

**в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области**

**от 19 декабря 2017 года № 625-ОМС**

19 декабря 2017 года

**Раздел I. Общие положения**

 Приколотин Сергей Игоревич – Министр здравоохранения Челябинской области,

 Михалевская Ирина Сергеевна – директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области,

Альтман Давид Шурович – председатель Некоммерческого партнерства «Медицинская палата Челябинской области»,

Кинихина Валентина Николаевна – заведующий отделом социально-правовой защиты Челябинской областной организации Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации,

 Ковальчук Нина Петровна – председатель Челябинской областной организации Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации,

 Ковтун Александр Алексеевич – исполнительный директор общества с ограниченной ответственностью Страховая медицинская компания «Астра-Металл»,

 Миронова Наталья Юрьевна – заместитель директора по финансовым вопросам территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, секретарь Комиссии,

 Москвичева Марина Геннадьевна – член Некоммерческого партнерства «Медицинская палата Челябинской области»,

 Коноваленко Яна Александровна – представитель Межрегионального Союза Медицинских страховщиков на территории г.Челябинск и Челябинской области, директор Челябинского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС»,

 Щетинин Виталий Борисович – Первый заместитель министра здравоохранения Челябинской области,

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее именуется – Тарифное соглашение) в соответствии с:

- Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее именуется – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ), от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

- постановлениями Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее именуется – Постановление Правительства РФ от 05.05.2012 № 462), от 08.12.2017 № 1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»,

- приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее именуются - Правила ОМС), от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (далее именуется - приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255), от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» (далее именуется – приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942), от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (далее именуется - приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.03.2012 № 252н), от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (далее именуется - приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 № 555н),

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации» (далее именуется - приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413), от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации» (далее именуется - приказ Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545), от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (далее именуется - приказ Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н), от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее именуется – приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 № 72н), от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (далее именуется – приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 № 216н), от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее именуется – приказ Минздрава РФ от 20.06.2013 № 388н), от 22.01.2016 № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» (далее именуется – приказ Минздрава РФ от 22.01.2016 № 36н), от 28.12.2000 № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» (далее именуется – приказ Минздрава РФ от 28.12.2000 № 457), от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (далее именуется – приказ Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н), от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее именуется – приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804н), от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее именуется – приказ Минздрава РФ от 26.10.2017 № 869н),

- приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее именуется – приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230), от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее именуется – приказ ФФОМС от 18.11.2014 № 200),

- постановлением Правительства Челябинской области от 22.12.2017 № 708-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов» (далее именуется – территориальная программа), (изм. п. 1 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

 - приказами Министерства здравоохранения Челябинской областиот 20.12.2012 № 1782 «Об утверждении порядка направления прикрепленного гражданина к медицинским организациям-фондодержателям с целью получения внешних медицинских услуг в медицинских организациях-исполнителях при взаиморасчетах за счет средств подушевого финансирования» (далее именуется - приказ Минздрава Челябинской области от 20.12.2012 № 1782), от 31.12.2015 № 2075 «Об организации проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2075), от 31.12.2015 № 2076 «Об организации проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2076), от 06.09.2013 № 1505 «Об организации деятельности консультативно-диагностических центров на территории Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 06.09.2013 № 1505), от 10.11.2014 № 1670 «Об организации проведения диагностических исследований онкологическим больным на позитронно-эмиссионном томографе, совмещенном с компьютерным томографом, и однофотонном эмиссионном компьютерном томографе» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 10.11.2014 № 1670), от 06.06.2016 № 900 «О совершенствовании пренатальной дородовой диагностики на территории Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 06.06.2016 № 900), от 31.07.2009 № 867 «Об организации межрайонных отделений пренатальной диагностики в Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 31.07.2009 № 867), от 27.10.2015 № 1593 «Об организации консультативно-диагностического центра в Магнитогорском медицинском округе» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 27.10.2015 № 1593)», от 27.10.2015 № 1594 «О совершенствовании работы консультативно-диагностических центров Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 27.10.2015 № 1594), от 28.10.2015 № 1595 «Об оптимизации деятельности клинико-диагностических лабораторий медицинских организаций Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 28.10.2015 № 1595), от 28.01.2016 № 111 «Об утверждении объема лабораторных исследований для направления в клинико-диагностические лаборатории III «Б» уровня» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 28.01.2016 № 111), от 26.08.2015 № 1287 «Об утверждении клинических протоколов оказания медицинской помощи больным, получающим гемодиализ в условиях дневного и круглосуточного стационаров в медицинских организациях Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 26.08.2015 № 1287), от 30.12.2015 № 2043 «О маршрутизации пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии, нуждающихся в оказании диализной помощи в Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 30.12.2015 № 2043), от 09.09.2016 № 1517 «Об организации оказания экстренной и планово-консультативной медицинской помощи в Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 09.09.2016 № 1517), от 13.12.2016 № 2111 «О маршрутизации взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 13.12.2016 № 2111), от 23.12.2016 № 2180 «О создании кабинетов мониторинга состояния здоровья и развития детей из групп перинатального риска, в том числе детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, очень низкой массой тела и недоношенных, на территории Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 23.12.2016 № 2180), от 08.12.2016 № 2079 «О порядке маршрутизации больных неврологического профиля, страдающих рассеянным склерозом, заболеваниями экстрапирамидной нервной системы, эпилепсией и другими пароксизмальными заболеваниями нервной системы, на амбулаторном этапе» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 08.12.2016 № 2079), от 29.03.2017 № 577 «Об организации консультативно-диагностического центра в ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн»» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 29.03.2017 № 577), от 17.08.2017 № 1528 «Об организации деятельности специализированных мобильных медицинских бригад для оказания плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи населению муниципальных образований Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 17.08.2017 № 1528), от 04.12.2017 № 2235 «Об организации проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения Челябинской области в 2018 году» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 04.12.2017 № 2235), от 04.12.2017 № 2236 «Об организации проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения Челябинской области в 2018 году» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 04.12.2017 № 2236), от 08.12.2017 № 2263 «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и с острым нарушением мозгового кровообращения» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 08.12.2017 № 2263), от 18.12.2017 № 2348 «Об организации проведения несовершеннолетним профилактических медицинских осмотров на территории Челябинской области» (далее именуется – приказ Минздрава Челябинской области от 18.12.2017 № 2348), (доп. п. 1 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

- приказом Министерства здравоохранения Челябинской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 25.05.2017 № 950 / 394 «Об утверждении Порядка учета численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, обслуживаемых медицинскими организациями при оказании первичной медико-санитарной помощи на территории Челябинской области» (далее именуется – приказ от 25.05.2017 № 950 / 394),

- приказом Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования от 03.06.2011 № 392 «Об утверждении Порядка организации проведения межтерриториальных расчетов в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области» (далее именуется – приказ ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392),

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»,

- письмом Минздрава РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.09.2012 № 14-0/10/2-2564, № 7155/30 «О направлении Методических рекомендаций «Скорая медицинская помощь в системе ОМС.  Этап  становления, перспективы развития», от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080, № 13572/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее именуется - Методические рекомендации),

- письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2017 № 14531/26-2/и «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» (далее именуется – Инструкция),

и иными нормативными правовыми актами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере ОМС на территории Челябинской области, медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на соответствующий год, утверждаемой Правительством Челябинской области, в части территориальной программы ОМС (далее именуется - территориальная программа ОМС).

Тарифное соглашение устанавливает способы оплаты медицинской помощи, применяемые в сфере ОМС на территории Челябинской области, размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3 . В настоящем Тарифном соглашении используются следующие Термины и определения:

**-** **Фондодержание** - способ подушевого финансирования медицинских организаций – Фондодержателей (далее именуются - МО-Фондодержатели) при котором подушевой норматив включает финансовые средства на оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи прикрепленным лицам, оплату внешних медицинских услуг, оказанных прикрепленным лицам медицинскими организациями – Исполнителями по тарифам на оплату внешней медицинской помощи (по тарифам для взаиморасчетов).

**- Прикрепленное лицо к МО–Фондодержателю** - лицо, застрахованное по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, проживающее на территории Челябинской области и учтённое за МО-Фондодержателем в соответствии с приказом от 25.05.2017 № 950 / 394 для получения первичной медико-санитарной помощи. (изм. п.2 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

**-** **МО-Фондодержатели** - амбулаторно-поликлинические медицинские организации - самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, включая врачей общей практики, фельдшерско-акушерские пункты (за исключением стоматологических поликлиник), оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, имеющие застрахованных по ОМС прикрепленных лиц, оплата медицинской помощи которым осуществляется по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц. (изм. п.2 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

- **Медицинские организации - Исполнители** (далее именуется - МО-Исполнители):

- для целей подушевого финансирования - амбулаторно-поликлинические медицинские организации - самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, включая врачей общей практики, фельдшерско-акушерские пункты, оказывающие внешние медицинские услуги, медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения, указанные в графе 8 приложения 2/1 к Тарифному соглашению. МО-Фондодержатель является одновременно МО-Исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг не прикрепленным к ним лицам. (изм. п.3 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

- для целей оказания медицинских услуг, проведенных на рентгеновских (шаговых, спиральных и мультиспиральных) компьютерных и магнитно– резонансных томографах (далее именуется – КТ, МРТ) - медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы ОМС.

- **Внешние медицинские услуги**:

 - для целей подушевого финансирования - консультативные, лечебно - диагностические, профилактические медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам МО-Исполнителями по направлению МО-Фондодержателями или в экстренной и неотложной форме, которые оплачиваются по тарифам на оплату внешней медицинской помощи (по тарифам для взаиморасчетов) за оказанные внешние медицинские услуги;

- для целей оплаты КТ, МРТ – диагностические услуги КТ, МРТ, проведенные по направлениям медицинских организаций, не имеющих возможности оказать данные медицинские услуги, которые оплачиваются по тарифам на оплату внешней медицинской помощи (по тарифам для взаиморасчетов) за оказанные внешние медицинские услуги (КТ, МРТ).

**-** **Базовый (средний) подушевой** **норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи** - размер финансовых средств, предназначенных для оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в расчете на одно прикрепленное лицо в среднем по Челябинской области.

**- Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на прикрепившихся лиц** - размер финансовых средств, рассчитанный для *i-*той группы медицинских организаций с применением средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива.

- **Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива амбулаторно-поликлинической медицинской помощи -** коэффициент дифференциации, определенный для *i-*той группы медицинских организаций применяемый к базовому (среднему) подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

**-** **Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива** – коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации.

**- Неотложная медицинская помощь -** медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи (или на дому при вызове медицинского работника), в отделении (кабинете) неотложной стоматологической медицинской помощи.

**- Условная единица трудоемкости** (далее именуется - УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача, необходимого для лечения кариеса дентина (1 класс по Блэку).

За 1 УЕТ на терапевтическом, хирургическом приеме принят объем работы врача, необходимый для лечения среднего кариеса (1 класс по Блэку), завершенного наложением пломбы из цемента.

**- Случай госпитализации** - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС.

 **- Прерванный случай лечения** **в стационарных условиях, условиях дневных стационаров** **по клинико-статистической группе заболеваний (КСГ)**

**-** перевод пациента в другую медицинскую организацию;

 - преждевременная выписка пациента из медицинской организации и/или при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

- летальный исход;

- длительность госпитализации составляет менее 3-х дней включительно, кроме КСГ, указанных в пункте 2.2.9.1.2 главы 2 раздела II, в пункте 3.9.1.2 главы 3 раздела II. (изм. п.4 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

- **Прерванный случай лечения заболевания в стационарных условиях (сверх базовой программы ОМС)**

**-** перевод пациента в другую медицинскую организацию;

- преждевременная выписка пациента из медицинской организации и/или при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

- летальный исход;

- длительность госпитализации составляет менее 3-х дней включительно.

 **- Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

 **- Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний (КСГ)** – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

 **-** **Клинико-профильная группа (КПГ)** - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

 **-** **Оплата медицинской помощи по КСГ**  - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости, поправочных коэффициентов и коэффициента территориальной дифференциации.

**- Базовая ставка** – 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 ОМС, с учетом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями. (изм. п. 3 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

**- Коэффициент дифференциации** – коэффициент, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462. (изм. п. 4 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

**- Коэффициент территориальной дифференциации (КДсуб) –** коэффициент территориальной дифференциации медицинской организации. (изм. п. 5 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

 **- Коэффициент относительной затратоемкости** – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

**- Поправочные коэффициенты** – коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

**- Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

**-** **Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

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

 - **Оплата медицинской помощи за услугу** - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации.

- **Обслуживаемое население** **станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи** – это лица, застрахованные по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, сведения о которых содержатся в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Челябинской области и место жительства которых относится к территории обслуживания станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи.

Территория обслуживания станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи устанавливается Министерством здравоохранения Челябинской области или органами Управлений здравоохранения муниципальных образований Челябинской области.

Место жительства определяется согласно сведениям, содержащимся в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Челябинской области, об адресе фактического проживания. В случае отсутствия в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Челябинской области сведений об адресе фактического проживания застрахованного лица, место жительства определяется на основании сведений об адресе его регистрации по месту жительства.

- **Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации** – размер финансовых средств, предназначенных для оплаты скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в среднем по Челябинской области.

- **Дифференцированный подушевой норматив финансирования** **скорой медицинской помощи** – размер финансовых средств, рассчитанный для *i-*той группы медицинских организаций с применением средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

- **Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи -** коэффициент дифференциации, определенный для *i-*той группы медицинских организаций применяемый к базовому (среднему) подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи.

- **Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи** – коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации.

- **Дополнительный тариф** **–** дополнительный тариф на оплату:

- в рамках базовой программы ОМС:

- амбулаторно-поликлинической медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 главы 7 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- специализированной стационарной медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 главы 7 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

 - в рамках сверх базовой программы ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение оплаты проезда пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, к месту лечения и обратно.

 Дополнительный тариф является фиксированным.

(изм. п. 1 Д/С от 20.02.2018 № 3/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

4. Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, оказанной застрахованным лицам, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС.

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области (далее именуются – Тарифы на оплату медицинской помощи) на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласно приложениям 1/1, 1/2, 1/3, 1/4 к Тарифному соглашению, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230, с учетом разделов II, IV настоящего Тарифного соглашения.

 Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области, выделенных на финансовое обеспечение:

- дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;

- дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, установленных сверх базовой программы ОМС

осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области (далее именуются – Тарифы на оплату медицинской помощи) на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласно приложению 1/3 к Тарифному соглашению, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в Челябинской области, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230, с учетом разделов II, IV настоящего Тарифного соглашения.

Дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС осуществляется по дополнительным тарифам на оплату медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласно приложениям 1/1, 1/2, 1/3 к Тарифному соглашению, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом раздела II настоящего Тарифного соглашения. (изм. п. 2 Д/С от 20.02.2018 № 3/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

При оплате медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области применяются следующие способы:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

* по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи:

- за посещение;

- за обращение (законченный случай) - при диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения, примедицинских осмотрах взрослого и детского застрахованного населения;

- за медицинскую услугу диализа.

* 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, за посещение, за обращение (законченный случай) при диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения, примедицинских осмотрах взрослого и детского застрахованного населения.
* за медицинскую стоматологическую услугу (УЕТ).

Учет стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, производится как по посещениям, так и по УЕТ.

 (изм. п. 3 Д/С от 20.02.2018 № 3/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

 - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу 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;

- за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, содержащей, в том числе методы лечения;

- за законченный случай лечения заболевания при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС социально значимого заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека, в специализированном инфекционном отделении ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

 3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

 - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу 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;

 - за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ», в части обеспечения проезда пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, к месту лечения и обратно.

4) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

5. Финансовые расчеты за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, в объеме, установленном базовой программой ОМС, производятся ТФОМС Челябинской области на основании части 8 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, раздела IX Правил ОМС, приказом ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392 в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также иных нормативных правовых документов, с учетом положений пунктов 1.2.3.10 главы 1 раздела II, пунктом 4.12. главы 4 раздела II, главы 5 раздела II.

Исключение составляют финансируемые из средств межбюджетных трансфертов Челябинской области: объемы, установленные сверх базовой программы ОМС, по специализированной медицинской помощи, а также дополнительные тарифы на оплату медицинской помощи, которые не применяются при расчетах за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации.

**Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС**

**Челябинской области**

**Глава 1. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях**

1.1. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной медицинскими организациями Челябинской области в рамках территориальной программы ОМС.

 **1.1.1. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях в сфере ОМС, за исключением медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования:**

1.1.1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, указанными в приложении 2/1 к Тарифному соглашению осуществляется за посещение к врачу - специалисту в зависимости от места и цели приема, за законченный случай (при проведении диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения, медицинских осмотров, в соответствии с приказами Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н, от 10.08.2017 № 514н, от 26.10.2017 № 869н, приказами Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2076, от 31.12.2015 № 2075, от 04.12.2017 № 2235, от 04.12.2017 № 2236, от 18.12.2017 № 2348. Оплата медицинской помощи, оказанной Центрами здоровья, осуществляется за посещения (первичный и повторный приемы). (изм. п. 7 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

1.1.1.2. Оплате за счет средств ОМС подлежат посещения, учтенные в соответствии с инструкцией по заполнению учетной формы № 039/у-02 «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому», утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545.

1.1.1.3. Для целей персонифицированного учета на посещения, подлежащие оплате по ОМС, заполняется учетная форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н.

1.1.1.4. При возложении на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации первичной медико-санитарной помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.03.2012 № 252н, медицинскими организациями применяется тариф посещения с коэффициентом, равным 0,8.

1.1.1.5. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, производится, в том числе с учетом дополнительных условий применения тарифов на оплату медицинской помощи взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в поликлинике:

- «Акушер-гинеколог (по ведению беременности)» - включает в себя оплату посещений беременных женщин к акушеру-гинекологу;

- «Акушер-гинеколог (с проведением пренатальной диагностики (I ультразвукового скрининга)» - включает в себя оплату проведения беременным женщинам I ультразвукового скрининга на сроках беременности 11-14 недель в отделениях пренатальной диагностики;

- «Акушер-гинеколог (с проведением пренатальной диагностики (II ультразвукового скрининга)» - включает в себя оплату проведения беременным женщинам II ультразвукового скрининга на сроках беременности 18-21 неделя в отделениях пренатальной диагностики;

- «Акушер-гинеколог (с проведением пренатальной диагностики (биохимический скрининг))» - включает в себя оплату проведения беременным женщинам биохимического скрининга в I триместре беременности в отделениях пренатальной диагностики;

- «Аллерголог-иммунолог»- включает в себя оплату посещений взрослого и детского застрахованного населения к аллергологу-иммунологу с лечебно-диагностической целью, в том числе с проведением набора аллергопроб, проведением аллерген-специфической и/или иммуномодулирующей терапии;

- «Врач-инфекционист (с исследованием на фиброскане)» – включает в себя консультативный прием врача инфекциониста с выполнением ультразвуковой транзиентной эластометрии (ФиброСкан) не менее одного раза в 12 месяцев и/или молекулярных и других необходимых методов диагностики в процессе первичного обследования пациента с подозрением на хронический вирусный гепатит, динамического наблюдения пациента с хроническим вирусным гепатитом, в том числе в целях отбора для проведения больному противовирусной терапии и мониторинга ее эффективности и безопасности;

- «Врач по медицинской реабилитации» - для оплаты посещений взрослого и детского застрахованного населения к врачу по медицинской реабилитации;

- «Врач-невролог (спец)» - включает в себя оплату посещений взрослого застрахованного населения при оказании медицинской помощи в  межрайонных специализированных кабинетах пациентам, страдающим рассеянным склерозом, заболеваниями  экстрапирамидной нервной системы, эпилепсией и другими пароксизмальными заболеваниями нервной системы;

- «Врач-педиатр (кабинет катамнеза)» - включает в себя оплату посещений детям первых трёх лет жизни из групп перинатального риска, в том числе детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, очень низкой массой тела и недоношенных на территории Челябинской области; (изм. п.5 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

- «Врач приемного отделения (РСЦ, ММСЦ, ПСО)» – включает в себя оплату посещений взрослого застрахованного населения при поступлении в экстренном порядке с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения в приемное отделение медицинских организаций, на базе которых организованы региональный сосудистый центр и/или межмуниципальные сосудистые центры и/или первичные сосудистые отделения (далее именуется – РСЦ, ММСЦ, ПСО), указанных в приложении 2/2 к Тарифному соглашению, с обязательным проведением компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии с целью верификации диагноза без последующей госпитализации в данную медицинскую организацию. (изм. п.8 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

 - «Врач приемного отделения (ЧМТ)» - включает в себя оплату посещений взрослого застрахованного населения при поступлении в экстренном порядке спредварительным диагнозом «Черепно-мозговая травма» в приемное отделение медицинских организаций, указанных в приложении 2/2 к Тарифному соглашению, с обязательным проведением компьютерной томографии с целью верификации диагноза без последующей госпитализации в данную медицинскую организацию;

- «Врач приемного отделения» (при укусе клеща, животного) (первичный прием) – включает в себя оплату посещений с лечебно-диагностической целью (в том числе с применением лекарственных средств) при первичном обращении при укусе клеща или животного с целью предотвращения развития клещевого энцефалита или бешенства;

- «Врач приемного отделения» (при укусе животного) (повторный прием) – включает в себя оплату посещений с лечебно-диагностической целью (с применением лекарственных средств) при повторном обращении при укусе животного с целью предотвращения развития бешенства;

- «Врач-сурдолог-оториноларинголог (с проведением II этапа аудиологического скрининга)» - включает в себя оплату посещений детского застрахованного населения при проведении  II этапа аудиологического скрининга  детям с нарушением слуха;

- «Врач центра здоровья (первичный прием)» - для оплаты посещений взрослого и детского застрахованного населения, включающих осмотр врача центра здоровья и проведение комплексного обследования определенным категориям граждан в соответствии с нормативными документами;

- «Врач центра здоровья (повторный прием)» - для оплаты посещений взрослого и детского застрахованного населения с целью динамического наблюдения по рекомендации врача центра здоровья с повторным осмотром врача (при необходимости повторно проводятся отдельные виды обследований).

Школы здоровья, проводимые в медицинских организациях, отдельно не оплачиваются.

- «Дерматовенеролог» (посещения с целью профилактического осмотра) – для оплаты посещений взрослого и детского застрахованного населения к врачу дерматовенерологу с целью проведения профосмотра при самостоятельном обращении пациента в поликлинику;

- «Дерматовенеролог планового профилактического осмотра» – для оплаты плановых групповых профилактических осмотров взрослого и организованного детского застрахованного населения;

- «Невролог» – включает в себя оплату посещений взрослого и детского застрахованного населения к неврологу с лечебно-диагностической целью, в том числе с одновременным проведением функциональных нейрофизиологических исследований;

- «Онколог (включая консультативный прием)», «Онколог-химиотерапевт»- для оплаты посещений взрослого застрахованного населения с лечебно-диагностической и консультативной целью;

- «Офтальмолог» - включает в себя оплату посещений взрослого и детского застрахованного населения, в том числе:

к офтальмологу с лечебно-диагностической целью, в том числе с проведением функциональных исследований, перечень которых утвержден приказом Минздрава Челябинской области от 04.02.2011 № 127;

проведение лазерного хирургического лечения в амбулаторных условиях;

- «Офтальмолог» (круглосуточного травмпункта) (первичный прием) – включает в себя оплату посещений c оказанием неотложной медицинской помощи пациентам с травмами глаза и глазниц, и заболеваниями в соответствии с кодами МКБ H21.0, H31.3, S00.1, S00.2, S01.1, S02.1, S02.3,  S02.30, S02.31, S02.8, S04.0, S04.1, S05, S05.0- S05.9, T15, T15.0, T15.1, T15.8, T15.9, T26, T26.0-T26.9, T85.2, T85.3 при первичном обращении в условиях работы круглосуточного травмпункта;

- «Офтальмолог» (круглосуточного травмпункта) (повторный прием) - включает в себя оплату посещений пациентов при повторном обращении в условиях работы круглосуточного травмпункта;

- «Педиатр» - включает в себя оплату посещений детского застрахованного населения в том числе:

 к педиатру, с целью профилактического осмотра перед проведением прививки (либо для определения противопоказаний к проведению прививки);

к педиатру, работающему в отделении профилактики с целью профилактического осмотра;

к педиатру, работающему в выходные и праздничные дни по утвержденному графику;

к педиатру медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения;

- «Радиолог с проведением ПЭТ/КТ» - для оплаты посещений взрослого застрахованного населения с лечебно-диагностической целью с одновременным проведением диагностического исследования на позитронно-эмиссионном компьютерном томографе, совмещённом с компьютерным томографом с 18F-фтордезоксиглюкозой (далее именуется - ПЭТ/КТ с 18-ФДГ);

- «Радиолог с проведением ОФЭКТ» - для оплаты посещений взрослого застрахованного населения с лечебно-диагностической целью с одновременным проведением диагностического исследования на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе (далее именуется - ОФЭКТ);

- «Терапевт» - включает в себя оплату посещений взрослого застрахованного населения, в том числе:

к терапевту с целью профилактического осмотра перед проведением прививки (либо для определения противопоказаний к проведению прививки);

к врачу-терапевту, работающему в условиях женской консультации, по направлениям акушера-гинеколога;

посещений пациентов, являющихся участниками или инвалидами Великой Отечественной войны, пострадавших от аварии на ПО «Маяк», супругами погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступившими в повторный брак, и лицами, награжденными знаком «Жителю блокадного Ленинграда», бывшими несовершеннолетними узниками концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны;

к терапевту, работающему в выходные и праздничные дни по утвержденному графику;

к терапевту медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения;

- «Травматолог – ортопед» - включает в себя оплату посещений по приему плановых больных в условиях поликлиники;

- «Травматолог-ортопед» (при укусе клеща, животного) (первичный прием) – включает в себя оплату посещений с лечебно-диагностической целью (в том числе с применением лекарственных средств) при первичном обращении при укусе клеща или животного с целью предотвращения развития клещевого энцефалита или бешенства;

- «Травматолог-ортопед» (при укусе животного) (повторный прием) - включает в себя оплату посещений с лечебно-диагностической целью (с применением лекарственных средств) при повторном обращении при укусе животного с целью предотвращения развития бешенства;

- «Травматолог – ортопед» (круглосуточного травмпункта) (первичный прием) – включает в себя оплату посещений экстренных больных при первичном обращении в условиях работы круглосуточного травмпункта;

- «Травматолог – ортопед» (круглосуточного травмпункта) (повторный прием) - включает в себя оплату посещений больных при повторном обращении в условиях работы круглосуточного травмпункта;

- «Травматолог – ортопед» (круглосуточного травмпункта) (при укусе клеща, животного) (первичный прием) - включает в себя оплату посещений с лечебно-диагностической целью (в том числе с применением лекарственных средств) при первичном обращении при укусе клеща или животного с целью предотвращения развития клещевого энцефалита или бешенства;

- «Травматолог – ортопед» (круглосуточного травмпункта) (при укусе животного) (повторный прием) - включает в себя оплату посещений с лечебно-диагностической целью (с применением лекарственных средств) при повторном обращении при укусе животного с целью предотвращения развития бешенства.

1.1.1.6. Диагностические исследования на ПЭТ/КТ, ОФЭКТ проводятся в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 10.11.2014 № 1670 в отделениях радионуклидной диагностики ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» (далее именуется – отделение радионуклидной диагностики), в Центре позитронно-эмиссионной томографии ГБУЗ «Областной онкологический диспансер № 2» (далее именуется – ПЭТ-центр) по направлению врача поликлинического отделения онкологического диспансера (при наличии показаний) (приложение 3/1 к Тарифному соглашению) при наличии положительного заключения заведующего отделения радионуклидной диагностики, ПЭТ- центра на проведение исследования.

Медицинские организации осуществляют учет расхода лекарственных средств, медицинских изделий, расходных материалов на каждого пациента в книге (журнале) учета, в котором указываются: наименование исследования, дата проведения исследования, Ф.И.О. пациента, номер амбулаторной карты или истории болезни, наименование радиофармпрепарата, объём (мл), активность (МБк), наименование лекарственных средств, используемых для исследования, наименование изделий медицинского назначения, расходных материалов (торговое наименование), единица измерения, израсходовано количество единиц. (изм. п.9 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

1.1.1.7. Оплата медицинских услуг, оказываемых межрайонными отделениями пренатальной диагностики, организованными на базе медицинских организаций, указанных в приложении 2/2 Тарифного соглашения, на амбулаторно-поликлиническом этапе женщинам в период беременности путем применения современных методов ультразвуковой диагностики состояния плода, направленных на раннее выявление у него врожденной и наследственной патологии, на сроках беременности 11-14 недель (I ультразвуковой скрининг) и 18-21 недели (II ультразвуковой скрининг) осуществляется по тарифам стоимости посещения врача акушера-гинеколога (с проведением пренатальной диагностики (I ультразвукового скрининга), врача акушера-гинеколога (с проведением пренатальной диагностики (II ультразвукового скрининга). Оплата медицинских услуг оказываемых межрайонным отделением пренатальной диагностики при проведении биохимического скрининга в I триместре беременности, организованными на базе медицинских организаций, указанных в приложении 2/2 Тарифного соглашения, на амбулаторно-поликлиническом этапе женщинам в период беременности осуществляется по тарифу стоимости посещения врача акушера-гинеколога (с проведением пренатальной диагностики (биохимической скрининг)).

1.1.1.8. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит консультативно-диагностическая медицинская помощь, оказанная в КДЦ, организованных на базе медицинских организаций, указанных в приложении 2/2 к Тарифному соглашению, по направлению профильного специалиста, врача-терапевта (врача-педиатра) (в случае отсутствия профильного специалиста) той медицинской организации, к которой застрахованное лицо прикреплено для оказания первичной медико-санитарной помощи для обслуживания (за исключением направления в КДЦ ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн»), по форме № 057/у-04, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255.

Оплата консультативно-диагностической медицинской помощи, оказываемой КДЦ, осуществляется по тарифам за посещение врача – специалиста (с учетом лабораторных и инструментальных исследований).

1.1.1.9. Оплата медицинской помощи с проведением процедур перитонеального диализа при проведении заместительной почечной терапии методами перитонеального диализа пациентам с хронической болезнью почек 5 стадии (далее именуется – ХБП5ст) в условиях амбулаторно-поликлинической медицинской помощи осуществляется по тарифам стоимости услуг диализа (приложение 20 к Тарифному соглашению).

 Случай лечения с проведением процедур перитонеального диализа в условиях амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, подлежит оплате, в том числе при пересечении сроков лечения случаев оказания медицинской помощи по КСГ для дневных и круглосуточного стационаров.

 В целях ведения персонифицированного учета медицинских услуг диализа медицинская организация заполняет на каждого пациента следующие учетные формы:

- учетная форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н (далее именуется – Медицинская карта);

- учетная форма № 003-1/у «Карта динамического наблюдения диализного больного», утвержденная приказом Минздрава РФ от 13.08.2002 № 254;

- диализный журнал пациента для перитонеального диализа (вкладыш в амбулаторную карту пациента) (приложение 6/2 к Тарифному соглашению).

1.1.1.10. Медицинские организации, на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют в разрезе страховых медицинских организаций (далее именуется – СМО) «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению), «Расчетную ведомость на оплату внешнихмедицинских услуг, проведенных на рентгеновском (шаговом, спиральном и мультиспиральном) компьютерном и магнитно–резонансном томографах застрахованным гражданам» (приложение 1/13 к Тарифному соглашению), и «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению) по каждой СМО, с которой заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. (изм. п. 6 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

1.1.2. Оплата диспансеризации определенных групп взрослого застрахованного населения, в том числе инвалидов войн:

1.1.2.1. Оплата диспансеризации, проведенной определенным группам взрослого застрахованного населения, в соответствии с Приказами Минздрава РФ от 26.10.2017 № 869н, Минздрава Челябинской области от 04.12.2017 № 2236, иными нормативно-правовыми актами (далее именуется – диспансеризация взрослого застрахованного населения) осуществляется за законченный случай, включающий посещения к врачам - специалистам и объем исследований по направлениям данных врачей – специалистов.

1.1.2.2. Оплата законченного случая диспансеризации взрослого застрахованного населения 1919, 1922, 1925, 1928, 1931, 1934, 1937, 1940, 1943, 1946, 1949, 1952, 1955, 1958, 1961, 1964, 1967, 1970, 1973, 1976, 1979, 1982, 1985, 1988, 1991, 1994, 1997 годов рождения (диспансеризация проводится для данных возрастных категорий один раз в 3 года, начиная с 21 года), инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий) (далее именуется – инвалиды войн) осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи - законченного случая диспансеризации (I и II этапы) взрослого застрахованного населения Челябинской области.

 1.1.2.3.Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в рамках территориальной программы из средств ОМС в случае выполнения не менее 85% от объема исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта.

 В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

Выполненные исследования (осмотры, мероприятия) первого этапа диспансеризации, проводимые с периодичностью 1 раз в 2 года, подлежат оплате в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой, при этом прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершении исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года является обязательным и включает, в том числе, определение в соответствии с выявленными изменениями медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации. (изм. п. 1 Д/С от 20.03.2018 № 4/625-ОМС, действ. с 01.03.2018)

1.1.2.4. Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется за случай диспансеризации по медицинским услугам, осмотрам (консультациям) врачами- специалистами, которые фактически проведены пациенту. Прием (осмотр) врачом-терапевтом осуществляется по завершению исследований второго этапа диспансеризации. При этом при проведении на втором этапе только углубленного профилактического осмотра консультирования прием (осмотр) врачом-терапевтом на втором этапе диспансеризации не проводится.

1.1.2.5. Медицинские организации на основании данных персонифицированного учета ежемесячно, в разрезе СМО, формируют «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению) и «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению).

 1.1.2.6. Оплату законченных случаев диспансеризации граждан, застрахованных за пределами Челябинской области, осуществляет ТФОМС Челябинской области в соответствии с частью 8 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, разделом IX Правил ОМС, приказом ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392.

**1.1.3. Оплата 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:**

1.1.3.1. Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, (далее именуется – диспансеризация 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 (далее именуется – диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) в Челябинской области, проведенной в соответствии с приказами Минздрава РФ от 15.02.2013 № 72н, от 11.04.2013 № 216н, Министерства здравоохранения Челябинской области от 31.12.2015 № 2075, от 31.12.2015 № 2076, иными нормативно-правовыми актами осуществляется за законченный случай, включающий посещения к врачам - специалистам и объем исследований по направлениям данных врачей - специалистов.

1.1.3.2. Оплата законченного случая диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи законченного случая диспансеризации (I этап, I и II этапы).

1.1.3.3. Первый этап диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей считается законченным в случае проведения осмотров всеми врачами-специалистами (в том числе врачом – психиатром детским, врачом-психиатром подростковым), выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем осмотров и исследований, утвержденных в составе Порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, установленных приказом Минздрава РФ от 15.02.2013 № 72н (далее именуется – Перечень осмотров и исследований при проведении диспансеризации), при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

1.1.3.4. Первый и второй этапы диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей считаются законченными в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, и (или) получении информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций в случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень осмотров и исследований при проведении диспансеризации.

1.1.3.5. В структуре тарифов на оплату медицинской помощи законченного случая диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не предусмотрены расходы на проведение осмотра врачом- психиатром детским (врачом - психиатром подростковым) за счет средств ОМС.

1.1.3.6. Медицинские организации, перечень которых утвержден приказом Министерства здравоохранения Челябинской области, на основании данных персонифицированного учета ежемесячно, в разрезе СМО, формируют «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению) и «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению).

1.1.3.7. Оплата законченных случаев диспансеризации детей-сирот, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, застрахованных за пределами Челябинской области, осуществляет ТФОМС Челябинской области в соответствии с частью 8 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, разделом IX Правил ОМС, приказом ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392.

**1.1.4. Оплата медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения:**

1.1.4.1. Оплата проведенных, в соответствии с приказами Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н, Минздрава Челябинской области от 04.12.2017 № 2235 профилактических медицинских осмотров взрослого застрахованного населения осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи законченного случая медицинских осмотров взрослого застрахованного населения Челябинской области, в поликлинике.

1.1.4.2. Проведенные профилактические медицинские осмотры взрослого застрахованного населения подлежат включению в реестр счетов в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра), и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований).

1.1.4.3. Оплата проведенных, в соответствии с приказами Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н, Минздрава Челябинской области от 18.12.2017 № 2348 медицинских осмотров детского застрахованного населения, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи законченного случая медицинских осмотров детского застрахованного населения Челябинской области в поликлинике. (изм. п.10 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

 1.1.4.4. Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап) в соответствии с приказом Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н.

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований. При этом оплате в рамках I этапа подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой ОМС. Обязательным является прием (осмотр) врача-педиатра.

При проведении на II этапе дополнительных консультаций, исследований, назначенных несовершеннолетнему, профилактический осмотр является завершенным, при этом оплачивается только прием (осмотр) врача-педиатра.

1.1.4.5. В структуре тарифов на оплату медицинской помощи законченного случая медицинских осмотров детского застрахованного населения Челябинской области, не предусмотрены расходы на проведение осмотра врачом - психиатром детским (врачом - психиатром подростковым) за счет средств ОМС.

1.1.4.6. Медицинские организации на основании данных персонифицированного учета ежемесячно, в разрезе СМО, формируют «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению) и «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению).

 1.1.4.7. Оплата законченных случаев медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения, застрахованных за пределами Челябинской области, осуществляет ТФОМС Челябинской области в соответствии с частью 8 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, разделом IX Правил ОМС, приказом ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392.

 **1.1.5. Оплата плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказанной выездными специализированными бригадами:**

1.1.5.1. Оказание плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи населению муниципальных образований Челябинской области осуществляется выездными специализированными бригадами:

- ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», ГБУЗ «Областной перинатальный центр», ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер», МУЗ «Детская городская больница № 3» города Магнитогорска, МАУЗ «Городская больница № 3» города Магнитогорска, ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер» в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 17.08.2017 № 1528.

Оплата оказанной плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется по установленным тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с приложением 10/4 к Тарифному соглашению.

Оплата профилактической медицинской помощи осуществляется в рамках:

- диспансеризации взрослого населения;

- диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- профилактических медицинских осмотров взрослого застрахованного населения, проведенных в соответствии с приказом Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н;

- профилактических медицинских осмотров детского застрахованного населения, проведенных в соответствии с приказом Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н.

1.1.5.2. Учёт плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи (посещений), врача-специалиста выездной специализированной бригады осуществляется путём заполнения учётной медицинской документации согласно приказу Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545, а именно: делается соответствующая запись в амбулаторной карте пациента.

1.1.5.3. В целях ведения персонифицированного учёта каждый врач-специалист выездной специализированной бригады заполняет форму № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденную приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н, однократно на одного пациента, которому оказана медицинская помощь.

1.1.5.4. Медицинская помощь (посещения), оказанная врачами-специалистами выездных специализированных бригад, оплачивается по установленным тарифам на оплату медицинской помощи (приложение 10/4) и включается в «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению), «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению).

(изм. п.7 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

 1.1.6. Оплата медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров в сфере ОМС Челябинской области:

1.1.6.1. К случаям оказания медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров, которые учитываются в качестве посещения, следует относить контакт пациента с врачом приемного отделения без последующей госпитализации: при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации.

В случаях оказания медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров и проведения консультативно-диагностических услуг в диагностических и лечебных отделениях стационара медицинской организации без последующей госпитализации, длительностью до 6-ти часов, единицей объема оказанной услуги является посещение.

1.1.6.2. Оплата медицинской помощи, оказываемой в приемных отделениях медицинских организаций, указанных в приложении 2/2 Тарифного соглашения, на базе которых организованы региональный сосудистый центр и/или межмуниципальные сосудистые центры и/или первичные сосудистые центры, осуществляется по тарифу на оплату медицинской помощи «Врач приемного отделения (РСЦ, ММСЦ, ПСО)». (изм. п.11 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

1.1.6.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой в приемных отделениях медицинских организаций, указанных в приложении 2/2 Тарифного соглашения взрослому застрахованному населению при поступлении в экстренном порядке спредварительным диагнозом «Черепно-мозговая травма»

осуществляется по тарифу на оплату медицинской помощи «Врач приемного отделения (ЧМТ)».

1.1.6.4. Учет случаев оказания медицинской помощи (посещений) в приемных отделениях круглосуточных стационаров больным без последующей госпитализации осуществляется врачом приемного отделения путем заполнения учетной медицинской документации в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545, а именно: делается соответствующая запись в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у), заполняется форма № 39/у-02.

1.1.6.5. В целях ведения персонифицированного учета однократно заполняется «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н) на одного пациента, которому оказана медицинская помощь.

1.1.6.6. Объемы медицинской помощи (посещения), оказанной в приемных отделениях круглосуточных стационаров медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, пациентам без последующей госпитализации включаются в расчетную ведомость, в счет на оплату медицинской помощи застрахованным гражданам в поликлинике и оплачиваются по тарифу «Врач приемного отделения (дежурный)».

Оплата медицинской помощи (посещений), оказанной в приемных отделениях круглосуточных стационаров медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области прикрепленным лицам, производится в рамках подушевого финансирования.

Оплата медицинской помощи (посещений) неприкрепленным лицам, оказанной в приемных отделениях круглосуточных стационаров медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, производится по тарифам на оплату внешней медицинской помощи (по тарифам для взаиморасчетов).

1.1.6.7. Медицинские организации на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют в разрезе СМО «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению), «Расчетную ведомость на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО по дифференцированному подушевому нормативу финансирования» (приложение 1/6 к Тарифному соглашению), «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению), «Счет на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО по подушевому нормативу финансирования» (приложение 1/2 к Тарифному соглашению).

 **1.1.7. Оплата стоматологической медицинской помощи:**

 1.1.7.1. Оплата стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению медицинскими организациями, указанными в приложении 2/1 к Тарифному соглашению, осуществляется по тарифам за УЕТ в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемой при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (приложение 4 к Тарифному соглашению).

1.1.7.2. Объемы стоматологической медицинской помощи учитываются в посещениях и в УЕТ. Учет посещений осуществляется в соответствии с инструкцией по заполнению учетной формы № 039/у-02, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545. Учет УЕТ осуществляется в соответствии с приложением 4 к Тарифному соглашению. (изм. п.12 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

1.1.7.3. Осуществление расчетов за стоматологическую медицинскую помощь:

1.1.7.3.1. Медицинские организации на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют в разрезе СМО «Расчетную ведомость по оплате стоматологической медицинской помощи застрахованным гражданам» (далее именуется – Расчетная ведомость по оплате стоматологической медицинской помощи) (приложение 1/10 к Тарифному соглашению).

 1.1.7.3.2. Расчеты с медицинскими организациями производятся на основании счетов на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО (приложение 1/1 к Тарифному соглашению) в сроки, установленные договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

 1.1.7.3.3. Стоматологическая медицинская помощь, оказанная в кабинетах при стационарах всех типов, в счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО, не включается.

 1.2. Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования:

 1.2.1. Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в сфере ОМС Челябинской области, оказанной застрахованным гражданам медицинскими организациями, указанными в приложении 2/1 к Тарифному соглашению, осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

1.2.2. Порядок определения дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на прикрепившихся лиц:

 1.2.2.1. Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на прикрепившихся лиц включает в себя оплату:

- амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной прикрепленным лицам;

- внешних медицинских услуг.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на прикрепившихся лиц не включает в себя оплату:

- медицинской помощи, оказанной определенным группам взрослого застрахованного населения Челябинской области, включая инвалидов войн, в рамках проведения диспансеризации, порядок проведения которой установлен нормативно-правовыми актами;

- медицинской помощи, оказанной детям-сиротам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в рамках проведения диспансеризации, порядок проведения которой установлен нормативно-правовыми актами;

- медицинской помощи, оказанной детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в рамках проведения диспансеризации, порядок проведения которой установлен нормативно-правовыми актами;

- медицинской помощи, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в рамках проведения медицинских осмотров, порядок проведения которых установлен нормативно-правовыми актами;

- стоматологической медицинской помощи;

- медицинской помощи, оказываемой Центрами здоровья;

- медицинской помощи, оказанной межрайонными отделениями пренатальной диагностики;

- медицинской помощи, оказанной в КДЦ неприкрепленному населению медицинской организации, на базе которой функционирует КДЦ в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 27.10.2015 № 1594;

- медицинских услуг перитонеального диализа в амбулаторных условиях.

1.2.2.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

, где:

  - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

НоПРОФ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, посещений;

НоОЗ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, обращений;

НоНЕОТЛ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, посещений;

НфзПРОФ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзОЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзНЕОТЛ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСМТР - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, рублей;

Чз - численность застрахованного населения Челябинской области, человек.

1.2.2.3. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС определяется по следующей формуле:

, где:

 ПнБАЗ - базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

 ОСЕО - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Челябинской области лицам, рублей.

1.2.2.4. Дифференцированный подушевой норматив финансирования для однородных групп рассчитывается на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

, где:

 ДПнi  - дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;

  - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

 1.2.2.5. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется для каждой медицинской организации по следующей формуле:

КДИНТ = КДпв х КДсп хКДзп хКДсуб, где:

 КДИНТ - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

КДПВ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КДСП - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, т.п.);

КДзп – коэффициент дифференциации заработной платы медицинских работников;

КДсуб – коэффициент территориальной дифференциации медицинской организации.

 (изм. п. 4.1 Д/С от 20.02.2018 № 3/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

1.2.2.6. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива учитывают затраты на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по половозрастным группам, в разрезе медицинских организаций.

Для расчета коэффициента дифференциации подушевого норматива численность застрахованных лиц в Челябинской области распределяется по следующим половозрастным группам:

* ноль - один год мужчины/женщины;
* один год - четыре года мужчины/женщины;
* пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
* восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;
* восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;
* шестьдесят лет и старше мужчины;
* пятьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной прикрепленному застрахованному лицу за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и численности застрахованных прикрепленных лиц за данный период.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в разрезе половозрастных групп установлены в размере:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0-1 года | 1-4 года | от 5 до 17 лет | от 18 до 54 лет | от 18 до 59 лет | 55 лет и старше | 60 лет и старше |
| жен | муж | жен | муж | жен | муж | жен | муж | жен | муж |
| 3,469 | 3,632 | 2,130 | 2,216 | 1,067 | 1,073 | 1,012 | 0,592 | 1,088 | 0,892 |

Далее рассчитывается КД для каждой j-ой медицинской организации по формуле:

, где:

КДj - коэффициент дифференциации j-ой медицинской организации для i-ого половозрастного интервала;

– численность застрахованных прикрепленных лиц к j-ой МО-Фондодержателю, попадающая в i-ый половозрастной интервал, по состоянию на 1-е число месяца, в котором производится перерасчет;

 – численность застрахованных прикрепленных лиц к j-ой МО-Фондодержателю, по состоянию на 1-е число месяца, в котором производится перерасчет.

1.2.3. Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования:

1.2.3.1. Численность лиц по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным, прикрепленных к j-ой МО-Фондодержателю, застрахованных в k-ой СМО размещается на сайте ТФОМС Челябинской области в течение 2-х рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

 1.2.3.2. Расчет объема финансовых средств МО-Фондодержателю производится ежемесячно каждой СМО по формуле:

ФОАПМП = ДПнi  x + Тдоп x , где:

 ФОАПМП - размер финансового обеспечения средств j-ой МО-Фондодержателю за отчетный месяц k-ой СМО, рублей;

 - численность прикрепленных застрахованных лиц к j-ой МО-Фондодержателю, застрахованных в k-ой СМО на 1-е число месяца, следующего за отчетным, человек;

 Тдоп – дополнительный тариф на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в расчете на одно прикрепленное лицо за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 главы 7 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

(изм. п. 4.2 Д/С от 20.02.2018 № 3/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

1.2.3.3. В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и порядком информационного взаимодействия в сфере ОМС Челябинской области медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, ведут персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и предоставляют СМО в установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС сроки:

* + заявку на авансирование медицинской помощи;
	+ реестр счетов и счет на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО по подушевому нормативу финансирования в соответствии с приложением 1/2 к Тарифному соглашению.

 1.2.3.4. МО на основании данных персонифицированного учета ежемесячно, в разрезе СМО, формируют «Расчетную ведомость на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО по дифференцированному подушевому нормативу финансирования» в соответствии с приложением 1/6 к Тарифному соглашению.

 1.2.3.5. Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи осуществляется путем ежемесячного перечисления СМО:

1) МО-Фондодержателю, суммы средств, рассчитанной по дифференцированным подушевым нормативам финансирования, с учетом удержания из нее суммы средств на оплату внешних медицинских услуг, оказанных МО-Исполнителями;

2) МО-Исполнителям:

- суммы средств за оказанные внешние медицинские услуги.

1.2.3.6. Оплата СМО медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу МО-Исполнителем, производится в соответствии с условиями применения тарифов на оплату медицинской помощи взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в поликлинике, указанными в пунктах 1.1.1.4, 1.1.1.5.

Данные условия учитывают МО-Фондодержатели при формировании персонифицированной информации об оказанной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи прикрепленным к ним лицам.

1.2.3.7. Оплата оказанных МО-Исполнителем внешних медицинских услуг осуществляется СМО за счет средств МО-Фондодержателя по тарифам на оплату внешней медицинской помощи (по тарифам для взаиморасчетов).

1.2.3.8. В случае превышения сумм, принятых к оплате СМО, за внешние медицинские услуги, оказанные МО-Исполнителями, над суммой финансирования МО - Фондодержателя по дифференцированному подушевому нормативу финансирования за отчетный период, СМО удерживает с МО- Фондодержателя сумму превышения в следующем отчетном периоде.

1.2.3.9. Медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам, не прикрепленным ни к одной медицинской организации, подлежит оплате из средств, направляемых в СМО по дифференцированным подушевым нормативам финансового обеспечения ОМС, по тарифам для взаиморасчетов, за исключением медицинской помощи оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

Оплата оказанной медицинской помощи детям со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители.

1.2.3.10. Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, производится по тарифам на оплату внешней медицинской помощи (по тарифам для взаиморасчетов).

1.2.3.11. Оплата внешних медицинских услуг МО–Исполнителям осуществляется за медицинскую помощь, оказанную на основании направлений МО-Фондодержателя в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 20.12.2012 № 1782, а также в случаях обращения застрахованных лиц за экстренной и неотложной медицинской помощью на основании первичной медицинской документации.

1.2.3.12. В целях осуществления МО-Фондодержателя анализа случаев оказания МО - Исполнителями медицинской помощи прикрепленным лицам, на соответствие собственному учету выписанных направлений, в срок до 25-го числа месяца, следующего за отчетным, СМО формируют файлы персонифицированного учета в разрезе МО-Исполнителей и предоставляют их МО - Фондодержателю.

1.2.3.13. СМО и МО в соответствии с Договором ежемесячно, на 1-е число месяца, следующего за отчетным, проводят сверку расчетов, по результатам которой составляется «Акт сверки расчетов по оплате медицинской помощи, оказанной МО, финансируемой СМО» в соответствии с рекомендуемой формой (приложение 1/15 к Тарифному соглашению). (изм. п. 8 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

**Глава 2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

2.1. Оплата стационарной медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам по ОМС медицинскими организациями Челябинской области, указанными в приложении 2/1 к Тарифному соглашению, осуществляется:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе;

- за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в раздел I «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования» приложения «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи» к Программе государственных гарантий (далее именуется – Раздел I приложения к Программе государственных гарантий);

- за законченный случай лечения заболевания при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС социально значимого заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека (далее именуются – социально значимые заболевания), в специализированном инфекционном отделении ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

 2.2. Оплата стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ.

2.2.1. Оплата медицинской помощи в круглосуточном стационаре при госпитализации застрахованного лица в соответствии с клиническими показаниями, требующими госпитального режима, активной терапии и круглосуточного медицинского наблюдения, производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ.

2.2.2. Отнесение конкретного случая лечения заболевания к соответствующей КСГ осуществляется в соответствии с письмом Минздрава РФ, ФФОМС от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080, № 13572/26-2/и:

2.2.2.1. В случае если при оказании медицинской помощи пациенту была выполнена хирургическая операция и/или другие применяемые медицинские технологии, являющиеся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры медицинских услуг.

Если в рамках одного случая лечения пациенту было применено несколько хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости.

2.2.2.2. В случае если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялись хирургические операции и/или не применялись медицинские технологии, являющиеся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость КСГ, к которой был отнесен данный случай на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, то оплата осуществляется по КСГ, определенной по коду диагноза.

Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ (то есть, при наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-10 к терапевтической группе исключается):

|  |  |
| --- | --- |
| Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ | Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги |
| N№ КСГ | Наименование КСГ, сформированной по услуге | ККЗ | 3№ КСГ | Наименование КСГ, сформированной по диагнозу | ККЗ |
| 111 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 00,39 | 99 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 00,89 |
| 112 | Операции на женских половых органах (уровень 2) | 00,58 | 99 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 00,89 |
| 111 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 00,39 | 110 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 00,46 |
| 776 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 00,84 | 118 | Воспалительные заболевания кишечника | 22,01 |
| 777 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 11,74 | 118 | Воспалительные заболевания кишечника | 22,01 |
| 1173 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 00,49 | 1179 | Болезни глаза | 00,51 |
| 2301 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 00,74 | 2300 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 00,89 |
| 2301 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 00,74 | 1207 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 00,79 |

2.2.2.3. Формирование отдельных групп, имеющих определенные особенности, осуществляется с учетом сочетания диагноза, операции и используемой медицинской технологии.

2.2.3. Расшифровка КСГ, определенной в соответствии с кодами диагноза по МКБ-10 и КСГ, определенной в соответствии с номенклатурой услуг, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804н, а также группировка случаев и учет дополнительных критериев (пол, возрастная категория пациента и др.) произведены на основании письма Минздрава РФ, ФФОМС от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080, № 13572/26-2/и.

2.2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной по ОМС при плановой и экстренной медицинской помощи в стационарных подразделениях медицинских организаций производится по КСГ, соответствующей конкретному случаю лечения заболевания на том профиле койки отделения, где была оказана застрахованному лицу медицинская помощь, при условии наличия лицензии на соответствующий профиль коек для оказания объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области.

2.2.5. Стоимость законченного случая лечения по КСГ (ССкс).

2.2.5.1. Стоимость законченного случая лечения по КСГ (ССкс) определяется по следующей формуле:

CCкс= БСкс x КЗксх ПК х КД, где:

БСкс - базовая ставка финансирования законченного случая оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (средняя стоимость 1 случая лечения в стационаре). Базовая ставка финансирования законченного случая оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара установлена в размере 17 064,00 рублей;

КЗкс - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации медицинской организации, установленный в разделе III Тарифного соглашения.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ (ПК) для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле и округляется до 2-х знаков после запятой:

ПК = КУСмо(КПУСмо) х КСЛП, где:

КУСмо(КПУСмо) - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента.

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛПсумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

КСЛПсумм = КСЛП1 + (КСЛП2-1) + (КСЛПn-1)

При этом в соответствии с Методическими рекомендациями суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8. Исключение составляют случаи сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное суммарное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

Исключение составляют случаи оказания медицинской помощи с проведением процедур диализа, оплачиваемых с учетом их фактического количества, при этом стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ (ССкс) определяется по следующей формуле:

CCкс= БСкс x КЗксх ПК х КД + (Тдi х Nдi), где:

Тдi - тариф на оплату процедур диализа (услуг);

Nдi - количество фактически выполненных процедур диализа (услуг).

2.2.5.2. Стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ (ССкс) с учетом межбюджетного трансферта из бюджета Челябинской области для медицинских организаций ГБУЗ «Челябинский областной центр реабилитации», ГУП Челябинской области Пансионат с лечением «Карагайский бор» определяется по следующей формуле:

CCкс= БСкс x КЗксх ПК х КД + Тдоп, где:

БСкс - базовая ставка финансирования законченного случая оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (средняя стоимость 1 случая лечения в стационаре). Базовая ставка финансирования законченного случая оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара установлена в размере 17 064,00 рублей;

КЗкс - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации медицинской организации, установленный в разделе III Тарифного соглашения.

Тдоп - дополнительный тариф на оплату специализированной стационарной медицинской помощи за счет средств межбюджетного трансферта из бюджета Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 главы 7 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле и округляется до 2-х знаков после запятой:

ПК = КУСмо(КПУСмо) х КСЛП, где:

КУСмо(КПУСмо) - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента.

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛПсумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

КСЛПсумм = КСЛП1 + (КСЛП2-1) + (КСЛПn-1)

При этом в соответствии с Методическими рекомендациями суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8. Исключение составляют случаи сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное суммарное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения. (изм. п. 13 ДС от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

2.2.6. Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре:

$ФО\_{мо}=\sum\_{}^{}СС\_{кс}$, где:

ФОМО - размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи медицинской организации, рублей;

ССКС - стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ, рублей.

2.2.7. Учет законченных случаев лечения заболевания и койко-дней в стационаре круглосуточного пребывания и отделении реанимации и интенсивной терапии ведется медицинскими организациями в соответствии с учетными формами № 007/у-02; № 016/у-02, утвержденными приказом Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413.

2.2.8. Длительность лечения в круглосуточных стационарах учитывается следующим образом: от даты поступления пациента в круглосуточный стационар до даты его выбытия, включая выходные дни. При подсчете дней лечения в круглосуточном стационаре день поступления и день выбытия считаются как один день лечения.

2.2.9. Оплата стационарной медицинской помощи производится:

2.2.9.1. В размере 100% стоимости:

2.2.9.1.1. случаев госпитализации (не относящихся к прерванным) по завершению лечения пациента (выписка, перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания) госпитализированного в соответствии с показаниями к госпитализации, утвержденными нормативно-правовыми актами Челябинской области;

2.2.9.1.2. случаев госпитализации (не относящихся к прерванным), относящихся к КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ (круглосуточный стационар) |
| 2 | Осложнения, связанные с беременностью |
| 3 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| 4 | Родоразрешение |
| 5 | Кесарево сечение |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень 1) ( изм. п. 9 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018) |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень 2) ( изм. п. 9 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018) |
| 16 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| 32 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети |
| 33 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети |
| 34 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети |
| 56 | Кишечные инфекции, взрослые |
| 57 | Кишечные инфекции, дети |
| 65 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые |
| 66 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети |
| 86 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 99 | Сотрясение головного мозга |
| 144 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые |
| 145 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые |
| 146 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) |
| 147 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) |
| 148 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) |
| 149 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) |
| 150 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) |
| 151 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) |
| 152 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) |
| 153 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) |
| 154 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) |
| 155 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) |
| 159 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| 157 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы |
| 167 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 168 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 172 | Замена речевого процессора |
| 173 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 174 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| 198 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| 219 | Отравления и другие воздействия внешних причин(изм. п. 9 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018) |
| 271 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| 301 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 314 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| 316 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии |
| 320 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

2.2.9.1.3. услуг диализа (гемодиализа), оплачиваемых с учетом их фактического количества и применяемых дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

2.2.9.2. В размере85% от стоимости случая лечения по КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи при условии выполнения хирургической операции, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

2.2.9.3. В размере 50% от стоимости определенной для данной КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи, если хирургическое лечение, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось. (изм. п. 10 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

2.2.10. В случае перевода пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации при условии, что заболевания относятся к одному классу МКБ-10 и/или являются следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания оплата осуществляется по КСГ, имеющей наибольший коэффициент относительной затратоемкости.

2.2.11. Оплата по двум и более КСГ в период одной госпитализации.

2.2.11.1. При переводе пациента из одного отделения в другое в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с пунктами 2.2.9.2, 2.2.9.3.

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

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

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности по КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью» с последующим родоразрешением на профиле койки «для беременных и рожениц» по КСГ 4 «Родоразрешение» или КСГ 5 «Кесарево сечение» в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более, либо не менее 2-х дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

2.2.11.3. Расчет стоимости каждого случая оказания медицинской помощи по КСГ осуществляется в соответствии с пунктом 2.2.5. (изм. п. 11 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

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

2.2.12. До и после оказания медицинской организацией высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в Раздел I приложения к Программе государственных гарантий, при наличии показаний пациенту может быть оказано лечение в той же медицинской организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ.

2.2.13. Стоимость случаев оказания медицинской помощи по КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» является комплексной и включает расходы на оказание медицинской помощи беременным и роженицам с новорожденными (в том числе с многоплодной беременностью).

В случае закрытия родильных домов и отделений на плановую санитарно-гигиеническую обработку по заранее утвержденному графику, медицинские организации в пределах текущего финансирования должны создавать резерв денежных средств ОМС для сохранения (на период закрытия) заработной платы сотрудникам родильных домов и отделений медицинских организаций.

2.2.14. Оплата случаев госпитализации пациента в круглосуточный стационар медицинских организаций, на срок не более 3-х дней с целью проведения диагностических обследований, указанных в приложении 5/1 к Тарифному соглашению, при болезнях системы кровообращения осуществляется по КСГ 198 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы».

Не подлежат включению в реестр счетов сочетание случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу по КСГ 198 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» с другими КСГ, указанными в приложении 7/1 к Тарифному соглашению.

2.2.15. Случаи оказания медицинской помощи, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование, предъявляются к оплате по законченному случаю лечения по КСГ 221 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования» с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильную организацию.

2.2.16. Случаи оказания медицинской помощи пациентам с травмами в двух и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ–10) или один диагноз множественной травмы и травмы в нескольких областях тела плюс как минимум один из нижеследующих диагнозов: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8 оплачиваются по КСГ 233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)».

 Распределение кодов МКБ-10, которые участвуют в формировании группы 233 «политравма», по анатомическим областям приведено в следующей таблице:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код анатомич. области | Анатомическая область | Коды МКБ-10 |
| T1 | Голова/шея | S02.0, S02.1, S04.0, S05.7, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S07.0, S07.1, S07.8, S09.0, S11.0, S11.1, S11.2, S11.7, S15.0, S15.1, S15.2, S15.3, S15.7, S15.8, S15.9, S17.0, S17.8, S18 |
| T2 | Позвоночник | S12.0, S12.9, S13.0, S13.1, S13.3, S14.0, S14.3, S22.0, S23.0, S23.1, S24.0, S32.0, S32.1, S33.0, S33.1, S33.2, S33.4, S34.0, S34.3, S34.4 |
| T3 | Грудная клетка | S22.2, S22.4, S22.5, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S27.0, S27.1, S27.2, S27.4, S27.5, S27.6, S27.8, S28.0, S28.1 |
| T4 | Живот | S35.0, S35.1, S35.2, S35.3, S35.4, S35.5, S35.7, S35.8, S35.9, S36.0, S36.1, S36.2, S36.3, S36.4, S36.5, S36.8, S36.9, S37.0, S38.3 |
| T5 | Таз | S32.3, S32.4, S32.5, S36.6, S37.1, S37.2, S37.4, S37.5, S37.6, S37.8, S38.0, S38.2 |
| T6 | Конечности | S42.2, S42.3, S42.4, S42.8, S45.0, S45.1, S45.2, S45.7, S45.8, S47, S48.0, S48.1, S48.9, S52.7, S55.0, S55.1, S55.7, S55.8, S57.0, S57.8, S57.9, S58.0, S58.1, S58.9, S68.4, S71.7, S72.0, S72.1, S72.2, S72.3, S72.4, S72.7, S75.0, S75.1, S75.2, S75.7, S75.8, S77.0, S77.1, S77.2, S78.0, S78.1, S78.9, S79.7, S82.1, S82.2, S82.3, S82.7, S85.0, S85.1, S85.5, S85.7, S87.0, S87.8, S88.0, S88.1, S88.9, S95.7, S95.8, S95.9, S97.0, S97.8, S98.0 |
| T7 | Множественная травма | S02.7, S12.7, S22.1, S27.7, S29.7, S31.7, S32.7, S36.7, S38.1, S39.6, S39.7, S37.7, S42.7, S49.7, T01.1, T01.8, T01.9, T02.0, T02.1, T02.2, T02.3, T02.4, T02.5, T02.6, T02.7, T02.8, T02.9, T04.0, T04.1, T04.2, T04.3, T04.4, T04.7, T04.8, T04.9, T05.0, T05.1, T05.2, T05.3, T05.4, T05.5, T05.6, T05.8, T05.9, T06.0, T06.1, T06.2, T06.3, T06.4, T06.5, T06.8, T07 |

2.2.17. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа.

2.2.17.1. Оплата случаев лечения пациентов с острым и устойчивым нарушением функции почек с проведением заместительной почечной терапии методами диализа осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ 114 «Почечная недостаточность» или КСГ 115 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа» по тарифу на оплату медицинской помощи одной из указанных КСГ и стоимости услуг диализа, оплачиваемых с учетом их фактического количества и применяемых дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

К законченному случаю проведения диализа относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

 Тариф законченного случая диализа включает в себя затраты на лекарственные препараты, в том числе на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоэз стимулирующие препараты, препараты железа и др.) в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 26.08.2015 № 1287.

2.2.17.2. При условии оказания медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек 5 стадии (далее именуется – ХБП5ст), нуждающимся в оказании диализной помощи в период госпитализации в стационаре, не обусловленной ХБП5ст, медицинские услуги диализа предъявляются к оплате:

- медицинской организацией, оказывающей специализированную медицинскую помощь с проведением процедур диализа в своем структурном подразделении – за фактически выполненное количество медицинских услуг диализа дополнительно к тарифу КСГ в рамках одного случая лечения;

- медицинской организацией, оказывающей медицинские услуги диализа пациенту, находящемуся на лечении в круглосуточном стационаре в другой медицинской организации, у которой отсутствует возможность оказывать процедуры диализа, - по стоимости услуг диализа, с учетом их фактического выполнения дополнительно к тарифу КСГ 43 в дневных стационарах.

При этом медицинская организация, оказавшая пациенту специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, предъявляет к оплате случай лечения по тарифу КСГ основного заболевания без указания услуг диализа в реестре счетов. При этом случай лечения с проведением процедур диализа подлежит оплате без учета пересечения сроков лечения, предъявленным другой медицинской организацией по тарифам КСГ для круглосуточного стационара.

2.2.17.3. Не подлежат оплате медицинские услуги диализа:

- выполненные при оказании медицинской помощи пациенту по профилю медицинской помощи «анестезиология и реаниматология» с целью поддержания и (или) искусственного замещения обратимо нарушенных функций жизненно важных органов и систем при состояниях, угрожающих жизни пациента, лечения заболевания, вызвавшего критическое состояние;

- выполненные при оказании медицинской помощи при заболеваниях, не обусловленных ХБП5ст, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями,

так как затраты по их проведению учтены в коэффициентах затратоемкости, установленных Методическими рекомендациями.

2.2.18. Случаи оказания медицинской помощи пациентам по профилю «комбустиология» по КСГ формируются методом комбинации двух диагнозов, один из которых характеризует степень ожога, а другой площадь ожога. Формирование групп приведены в таблице:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №КСГ | Наименование КСГ | Комментарий (модель) | Коды МКБ | Дополнительные коды МКБ |
| 292 | Отморожения (уровень 1) | Лечение пострадавших с поверхностными отморожениями | T33.0 - T33.9, T35.0 |  |
| 293 | Отморожения (уровень 2) | Лечение пострадавших с отморожением, некрозом ткани | T34, T34.0 - T34.9, T35.1-T35.7 |  |
| 294 | Ожоги (уровень 1) | Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1 - 2 ст. (площадью менее 10%) | T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5 | T31.0, T32.0 |
| 295 | Ожоги (уровень 2) | Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1 - 2 ст. (площадью 10% и более) | T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5, T30.6 | T31.1 - T31.9, T32.1 - T32.7 |
| 296 | Ожоги (уровень 3) | Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью менее 10%) | T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7 | T31.0, T32.0 |
| 297 | Ожоги (уровень 4) | Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью 10% - 29%) | T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7 | T31.1, T31.2, T32.1, T32.2 |
| Термические и химические ожогивнутренних органов | T27.0, T27.1, T27.2, T27.3 T27.4, T27.5, T27.6, T27.7 |  |
| 298 | Ожоги (уровень 5) | Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью более 30%) | T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7 | T31.3, T31.4, T31.5, T31.6, T31.7, T31.8, T31.9, T32.3, T32.4, T32.5, T32.6, T32.7, T32.8, T32.9 |

2.2.19. Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация».

2.2.19.1 Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» производится по соответствующим КСГ, при этом отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел B) вне зависимости от диагноза. Критерием для отнесения случая к КСГ 325 – 337 служит оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 3-6 баллов по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ.

2.2.19.2. Оплата случаев лечения по КСГ 339 «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» осуществляется по коду медицинской услуги B05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или B05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя дополнительными классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код дополнительного классификационного критерия «rbs».

Дополнительный классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

 (изм. п. 14 ДС от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

2.2.20. Оплата случаев лечения по КСГ 343 «Старческая астения» по профилю «гериатрия» осуществляется только медицинским организациям и структурным подразделениям медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «гериатрия». Оплата по КСГ 343 «Старческая астения» производится с применением коэффициента сложности лечения пациента: возраст пациента старше 60 лет, оценка функциональной зависимости пациента – 60 баллов и менее в соответствии с индексом Бартела. (изм. п. 15 ДС от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

 2.2.21. Оплата случаев лечения с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований.

 2.2.21.1. Оплата случаев лечения с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований осуществляется по КСГ 32 - 34, 144 – 157.

 2.2.21.2. Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97) и кода схемы лекарственной терапии (sh001-sh425). При этом за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии Группировщика». (изм. п. 2 Д/С от 20.03.2018 № 4/625-ОМС, действ. с 01.04.2018)

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

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

2.2.21.4. В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла.

2.2.21.5. Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh901 или sh902 по следующему правилу:

|  |  |
| --- | --- |
| sh901 | Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: C15, C16, C18, C19, C20, C22, C25, C32, C34, C43, C44, C48, C50, C53, C54, C56, C57, C61, C64, C67, C73 |
| sh902 | Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14, C17, C21, C23, C24, C26, C30, C31, C33, C37, C38, C39, C40, C41, C45, C46, C47, C49, C51, C52, C55, C58, C60, C62, C63, C65, C66, C68, C69, C70, C71, C72, C74, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97 |

 2.2.21.6. Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований (кроме ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей) у детей, и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у детей и взрослых производится аналогично прошлому году, а именно на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более.

 Отнесение к КСГ 32-34, 144-145 производится по кодам Номенклатуры:

- A25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей»;

- A25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых».

Отнесение к КСГ 157 производится путем комбинации кодов С81-С96 и кодов Номенклатуры:

|  |  |
| --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги |
| А25.30.033.001 | Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых |
| А25.30.033.002 | Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых |

(изм. п. 12 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования.

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к моноклональным антителам, кодируется услугой А25.30.033.001. «Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых». (изм. п. 13 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

2.2.22. Особенность формирования КСГ 158 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)», КСГ 159 «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)».

В модели КСГ предусмотрено выделение отдельных КСГ 158 и 159 лечения фебрильной нейтропении, агранулоцитоза и для установки замены порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей). Данные КСГ применяются в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз или установка, замены порт-системы являются основным поводом для госпитализации.

В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного, госпитализированного с целью проведения специального противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим КЗ. Аналогично, если больному в рамках одной госпитализации устанавливают порт систему и проводят лекарственное лечение, оплата производится по КСГ с наибольшим КЗ.

Отнесение случая к КСГ 158 осуществляется по двум кодам МКБ-10 (D70 Агранулоцитоз и С00-С80, С97). При этом поводом для госпитализации является диагноз D70, поэтому его необходимо кодировать в поле «Основное заболевание», в поле «Дополнительный диагноз» необходимо указать код МКБ-10, соответствующий злокачественному заболеванию (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) – С00-С80 или С97.

 Отнесение случая к КСГ 159 осуществляется по коду МКБ-10 (C.) и кода Номенклатуры A11.12.001.002 «Имплантация подкожной венозной порт системы». При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре.

2.2.23. Особенность формирования реанимационных КСГ.

Отнесение к КСГ 322 «Реинфузия аутокрови», КСГ 323 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», КСГ 324 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

| Код услуги | Наименование услуги |
| --- | --- |
| A16.20.078 | Реинфузия аутокрови (с использованием аппарата cell-saver) |
| A16.12.030 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| A16.10.021.001 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |

 (изм. п. 14 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

Отнесение случаев лечения с пациентов с органной дисфункцией к КСГ 22 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ 62 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ 220 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции», КСГ 299 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе дополнительного классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1». При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

1. Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;
2. Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), – не менее 5.

 Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

 Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности. Градации оценок по шкале SOFA приведены в Инструкции.

Отнесение к КСГ 321 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду дополнительного классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

2.2.24. Оплата по КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне оказания медицинской помощи, либо которые имеют высокую степень стандартизации медицинских технологий и предусматривают применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания медицинской помощи, осуществляется без применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи. Исключение составляют медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований (ЗАТО), коэффициент уровня оказания медицинской помощи для которых применяется ко всем КСГ.

 Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, представлен в приложении 7/1 к Тарифному соглашению. (изм. п. 17 ДС от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

2.2.25. Особенности оплаты законченных случаев лечения пациентов с применением коэффициента сложности лечения пациента:

2.2.25.1. При наличии у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента.

К данной патологии относить:

- Сахарный диабет типа 1 и 2 (Е10; Е11);

- Наличие заболеваний, включая редкие (орфанные) заболевания, требующих систематического дорогостоящего лекарственного лечения:

- Гемофилия (D66; D67; D68.0);

- Муковисцидоз (E84);

- Гипофизарный нанизм (E23.0);

- Рассеянный склероз (G35);

- Болезнь Гоше (E75.5);

- Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C92.1; C88.0; C90.0; C82; C83.0; C83.1; C83.3; C83.4; C83.8; C83.9; C84.5; C85; C91.1);

- Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);

- Гемолитико-уремический синдром (D59.3);

- Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) (D59.5);

- Апластическая анемия неуточненная (D61.9);

- Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра) (D68.2);

- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) (D69.3);

- Дефект в системе комплемента (D84.1);

- Преждевременная половая зрелость центрального происхождения (Е22.8);

- Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии) (E70.0, E70.1);

- Тирозинемия (E70.2);

- Болезнь «кленового сиропа» (E71.0);

- Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия) (E71.1);

- Нарушения обмена жирных кислот (E71.3);

- Гомоцистинурия (E72.1);

- Глютарикацидурия (E72.3);

- Галактоземия (E74.2);

- Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика (E75.2);

- Мукополисахаридоз, тип I (E76.0);

- Мукополисахаридоз, тип II (E76.1);

- Мукополисахаридоз, тип VI (E76.2);

- Острая перемежающая (печеночная) порфирия (E80.2);

- Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) (E83.0);

- Незавершенный остеогенез (Q78.0);

- Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) (I27.0);

- Юношеский артрит с системным началом (M08.2);

- Детский церебральный паралич (G80);

 - ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24);

 - Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6).

2.2.25.2. При проведении сочетанных хирургических вмешательств:

|  |  |
| --- | --- |
| Операция 1 | Операция 2 |
| A16.12.006.001 | Удаление поверхностных вен нижней конечности | A16.30.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи |
| A16.12.006.001 | Удаление поверхностных вен нижней конечности | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.12.006.001 | Удаление поверхностных вен нижней конечности | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.003 | Оперативное лечение околопупочной грыжи |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.004 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки |
| A16.14.009 | Холецистэктомия | A16.30.004.011 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.003 | Оперативное лечение околопупочной грыжи |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.004 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.30.004.011 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.003 | Оперативное лечение околопупочной грыжи |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.004 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки |
| A16.14.009.001 | Холецистэктомия малоинвазивная | A16.30.004.011 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.004.011 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.004.011 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.002.001 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.004 | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки |
| A16.20.032 | Резекция молочной железы | A16.20.004 | Сальпингэктомия лапаротомическая |
| A16.20.032 | Резекция молочной железы | A16.20.017 | Удаление параовариальной кисты лапаротомическое |
| A16.20.032 | Резекция молочной железы | A16.20.061 | Резекция яичника лапаротомическая |
| A16.20.043 | Мастэктомия | A16.20.011.002 | Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками лапаротомическая |
| A16.18.016 | Гемиколэктомия правосторонняя | A16.14.030 | Резекция печени атипичная |
| A16.20.005 | Кесарево сечение | A16.20.035 | Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая |
| A16.20.005 | Кесарево сечение | A16.20.001 | Удаление кисты яичника |
| A16.20.005 | Кесарево сечение | A16.20.061 | Резекция яичника лапаротомическая |
| A16.20.014 | Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками | A16.20.042.001 | Слинговые операции при недержании мочи |
| A16.20.063.001 | Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.20.083 | Кольпоперинеоррафия и леваторопластика |
| A16.20.063.001 | Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.20.042.001 | Слинговые операции при недержании мочи |
| A16.20.083 | Кольпоперинеоррафия и леваторопластика | A16.20.042.001 | Слинговые операции при недержании мочи |
| A16.16.033.001 | Фундопликация лапароскопическая | A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая |
| A16.14.009.002 | Холецистэктомия лапароскопическая | A16.20.063.001 | Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.28.071.001 | Иссечение кисты почки лапароскопическое | A16.20.001.001 | Удаление кисты яичника с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.28.054 | Трансуретральная уретеролитоэкстракция | A16.28.003.001 | Лапароскопическая резекция почки |
| A16.28.004.001 | Лапароскопическая нефрэктомия | A16.21.002 | Трансуретральная резекция простаты |
| A16.21.002 | Трансуретральная резекция простаты | A16.28.085 | Трансуретральная эндоскопическая цистолитотрипсия |
| A16.08.013.001 | Пластика носовой перегородки с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.08.017.001 | Гайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.069 | Трабекулотомия |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.073.003 | Проникающая склерэктомия |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.115 | Удаление силиконового масла (или иного высомолекулярного соединения) из витреальной полости |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.146 | Реконструкция угла передней камеры глаза |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.049 | Кератопластика (трансплантация роговицы) |
| A16.26.093 | Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация | A16.26.087 | Замещение стекловидного тела |

2.2.25.3. При проведении однотипных операций на парных органах.

К данным операциям целесообразно относить операции на парных органах/частях тела, при выполнении которых необходимы, в том числе, дорогостоящие расходные материалы.

|  |  |
| --- | --- |
| A16.03.022.002 | Остеосинтез титановой пластиной  |
| A16.03.022.004 | Интрамедуллярный стержневой остеосинтез |
| A16.03.022.005 | Остеосинтез с использованием биодеградируемых материалов  |
| A16.03.022.006 | Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез |
| A16.03.024.005  | Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинируемых методов фиксации  |
| A16.03.024.007 | Реконструкция кости. Коррегирующая остеотомия при деформации стоп |
| A16.03.024.008 | Реконструкция кости. Коррегирующая остеотомия бедра |
| A16.03.024.009 | Реконструкция кости. Коррегирующая остеотомия голени |
| A16.03.024.010 | Реконструкция кости при ложном суставе бедра |
| A16.03.033.002 | Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации |
| A16.04.014 | Артропластика стопы и пальцев ноги |
| A16.12.006 | Разрез, иссечение и закрытие вен нижней конечности |
| A16.12.006.001 | Удаление поверхностных вен нижней конечности |
| A16.12.006.002 | Подапоневротическая перевязка анастомозов между поверхностными и глубокими венами голени |
| A16.12.006.003 | Диссекция перфорантных вен с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.12.008.001 | Эндартерэктомия каротидная  |
| A16.12.008.002 | Эндартерэктомия каротидная с пластикой |
| A16.12.012 | Перевязка и обнажение варикозных вен |
| A16.20.032.007 | Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием |
| A16.20.103 | Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза |
| A16.20.043.001 | Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой |
| A16.20.043.002 | Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой с различными вариантами кожно-мышечных лоскутов |
| A16.20.043.003 | Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники |
| A16.20.043.004 | Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки |
| A16.20.045 | Мастэктомия радикальная подкожная с алломаммопластикой |
| A16.20.047 | Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки различными вариантами кожно-мышечных лоскутов |
| A16.20.048 | Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом |
| A16.20.049.001 | Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием |
| A16.26.011 | Зондирование слезных канальцев, активация слезных точек |
| A16.26.019 | Устранение эпикантуса |
| A16.26.020 | Коррекция энтропиона или эктропиона |
| A16.26.021 | Коррекция блефароптоза |
| A16.26.021.001 | Устранение птоза |
| A16.26.023 | Устранение блефароспазма |
| A16.26.079 | Реваскуляризация заднего сегмента глаза |
| A16.26.147 | Ретросклеропломбирование |
| A22.26.004 | Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика |
| A22.26.005 | Лазерная иридэктомия |
| A22.26.006 | Лазергониотрабекулопунктура |
| A22.26.007 | Лазерный трабекулоспазис  |
| A22.26.009 | Фокальная лазерная коагуляция глазного дна |
| A22.26.010 | Панретинальная лазерная коагуляция  |
| A22.26.019 | Лазерная гониодесцеметопунктура |
| A22.26.023 | Лазерная трабекулопластика |
| A16.26.075 | Склеропластика  |
| A16.26.075.001 | Склеропластика с использованием трансплантатов  |
| A16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы |
| A16.26.094 | Имплантация интраокулярной линзы |

2.2.25.4. При оплате случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации.

 Оплата сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| 45 | Детская хирургия, уровень 1 |
| 46 | Детская хирургия, уровень 2 |
| 108 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |
| 109 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |
| 161 | Лучевая терапия (уровень 2) |
| 162 | Лучевая терапия (уровень 3) |
| 233 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма) |
| 279 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2) |
| 280 | Панкреатит, хирургическое лечение |
| 298 | Ожоги (уровень 5) |

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

,

где

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

Кдл – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов – 0,25;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

 Значение коэффициента сложности лечения пациента округляется до 2-х знаков после запятой.

(нумерация изм. п. 5 Д/С от 20.02.2018 № 3/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

2.3. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи.

2.3.1. За счет средств ОМС оплачивается высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в Раздел I приложения к Программе государственных гарантий при наличии объемов предоставления медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области.

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

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в круглосуточном стационаре, производится по установленным тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в круглосуточном стационаре (далее именуется - Тариф на оплату высокотехнологичной медицинской помощи). При этом в рамках одной госпитализации допускается оплата одного случая по ВМП на одной профильной койке и койке реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

2.3.2. Тариф на оплату высокотехнологичной медицинской помощи является фиксированным и учитывает расходы:

 – консультаций врачей - специалистов при наличии показаний;

 – на проведение лабораторных и инструментальных исследований;

 – по оказанию медицинской помощи отделениями реанимации и интенсивной терапии, палатами интенсивной терапии.

2.3.3. Учет законченных случаев лечения заболевания и койко-дней в стационаре круглосуточного пребывания и отделении реанимации и интенсивной терапии ведется медицинскими организациями в соответствии с учетными формами № 007/у-02; № 016/у-02, утвержденными приказом Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413.

2.4. Оплата социально значимых заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека сверх базовой программы ОМС.

2.4.1. Оплата социально значимых заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека, при госпитализации застрахованного лица в соответствии с клиническими показаниями, требующими госпитального режима, активной терапии и круглосуточного медицинского наблюдения в специализированное инфекционное отделение ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ производится по тарифу на оплату медицинской помощи «Инфекционные (ВИЧ)», оказанной застрахованному населению Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований. При этом в движении больного может быть только одна койка по профилю «Инфекционные», на которой была оказана медицинская помощь в соответствии с объемами, утвержденными Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области на соответствующий год, и койки реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

За счет средств ОМС не оплачивается оказание медицинской помощи застрахованным за пределами Челябинской области гражданам с социально значимыми заболеваниями.

2.4.2. Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению Челябинской области «Инфекционные (ВИЧ)», является фиксированным и учитывает расходы:

 – консультаций врачей - специалистов при наличии показаний,

 – на проведение лабораторных и инструментальных исследований,

 – по оказанию медицинской помощи отделениями реанимации и интенсивной терапии, палатами интенсивной терапии. Не учитывает расходы на специфическую противовирусную терапию.

2.4.3. Оплата по тарифу «Инфекционные (ВИЧ)» за законченный случай лечения производится:

2.4.3.1. В размере 100% стоимости:

– законченного случая лечения по завершению лечения пациента (выписка, перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), госпитализированного в соответствии с показаниями к госпитализации, утвержденными нормативно-правовыми актами Челябинской области;

– в случае летального исхода при длительности госпитализации более 3-х дней.

2.4.3.2. В размере 50% от стоимости случая лечения оплачивается прерванный случай лечения (за исключением случаев с летальным исходом при длительности госпитализации более 3-х дней).

(изм. п. 15 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

2.4.4. Учет законченных случаев лечения заболевания и койко-дней в стационаре круглосуточного пребывания и отделении реанимации и интенсивной терапии ведется медицинскими организациями в соответствии с учетными формами № 007/у-02; № 016/у-02, утвержденными приказом Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413.

 2.5. Оплата дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, установленных сверх базовой программы ОМС, из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области.

 2.5.1. За счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области оплачивается высокотехнологичная медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам Челябинской области, включенная в раздел I приложения к Программе государственных гарантий, по дополнительным объемам, установленным сверх базовой программы ОМС, по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»:

- по методу лечения «баллонная вазодилатация с установкой стента в сосуд (сосуды)» по моделям пациента:

• «острый и повторный инфаркт миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)» (один стент);

• «острый и повторный инфаркт миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)» (два стента);

• «острый и повторный инфаркт миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)» (три стента);

• «нестабильная стенокардия, острый и повторный инфаркт миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)» (один стент);

• «нестабильная стенокардия, острый и повторный инфаркт миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)» (два стента);

• «нестабильная стенокардия, острый и повторный инфаркт миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)» (три стента)

 следующим медицинским организациям:

- ГБУЗ «Областная больница г. Троицк»;

- ГБУЗ «Городская больница № 3 г. Миасс»;

- ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3»;

- ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница».

2.5.2. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания в соответствии с пунктом 2.3, по тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, установленным приложением 17 к Тарифному соглашению.

2.6. Осуществление расчетов.

Расчеты с медицинскими организациями за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в рамках территориальной программы ОМС, производятся:

2.6.1. на основании сформированных в разрезе СМО расчетных ведомостей на оплату:

- медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации, финансируемой СМО (приложение 1/7 к Тарифному соглашению);

- высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации, финансируемой СМО (приложение 1/8 к Тарифному соглашению);

- медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации застрахованному населению Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека, финансируемой СМО (сверх базовой программы ОМС) (приложение 1/9 к Тарифному соглашению); (изм. п. 16 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

- внешних медицинских услуг, проведенных на рентгеновском (шаговом, спиральном и мультиспиральном) компьютерном и магнитно – резонансном томографах застрахованным гражданам (приложение 1/13 к Тарифному соглашению);

 - дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации застрахованным лицам Челябинской области по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», финансируемой СМО из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области (сверх базовой программы ОМС) (приложение 1/14 к Тарифному соглашению).

2.6.2. на основании выставленных счетов на оплату медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации, финансируемой СМО (приложение 1/3 к Тарифному соглашению), в сроки согласно договорам на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

**Глава 3. Оплата медицинской помощи, оказанной дневными стационарами в сфере ОМС Челябинской области**

3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной дневными стационарами медицинских организаций Челябинской области, указанных в приложении 2/1 к Тарифному соглашению, осуществляется:

 - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе;

- за законченный случай лечения заболевания сверх базовой программы ОМС, включенного в КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ», в части обеспечения проезда пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, к месту лечения и обратно.

 3.2. Отнесение конкретного случая лечения заболевания к соответствующей КСГ осуществляется в соответствии с письмом Минздрава РФ, ФФОМС от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080, № 13572/26-2/и:

3.2.1. В случае если при оказании медицинской помощи пациенту была выполнена хирургическая операция и/или другие применяемые медицинские технологии, являющиеся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры медицинских услуг.

Если в рамках одного случая лечения пациенту было применено несколько хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости.

3.2.2. В случае если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялись хирургические операции и/или не применялись медицинские технологии, являющиеся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость КСГ, к которой был отнесен данный случай на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, то оплата осуществляется по КСГ, определенной по коду диагноза. Исключение составляют случаи лечения, подлежащие отнесению к КСГ 6 «Искусственное прерывание беременности (аборт)».

Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ (то есть, при наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-10 к терапевтической группе исключается):

|  |  |
| --- | --- |
| Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ | Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги |
| N№ КСГ | Наименование КСГ, сформированной по услуге | ККЗ | 3№ КСГ | Наименование КСГ, сформированной по диагнозу | ККЗ |
| 2112 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 00,92 | 183 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 00,98 |

3.2.3. Формирование отдельных групп, имеющих определенные особенности, осуществляется с учетом сочетания диагноза, операции и используемой медицинской технологии.

3.3. Расшифровка КСГ, определенной в соответствии с кодами диагноза по МКБ-10 и КСГ, определенной в соответствии с номенклатурой услуг, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804н, а также группировка случаев и учет дополнительных критериев (пол, возраст и др.) произведены на основании письма Минздрава РФ, ФФОМС от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080, № 13572/26-2/и.

3.4. Оплата плановой медицинской помощи, оказанной по ОМС в дневных стационарах производится по КСГ, соответствующей конкретному случаю лечения заболевания на том профиле койки отделения, где была оказана застрахованному лицу медицинская помощь, при условии наличия лицензии на соответствующий вид медицинской деятельности и объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области.

3.5. В дневных стационарах ведется установленная учетная и отчетная документация, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации»:

3.5.1. Учетная форма № 007/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении»;

3.5.2.Учетная форма № 016/у-02 «Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении»;

3.5.3. Учетная форма № 007дс/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому»;

3.5.4. Учетная форма № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому»;

3.5.5. Отчетная форма № 14-дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения».

3.6. Длительность лечения в дневных стационарах учитывается следующим образом: от даты поступления пациента в дневной стационар до даты его выбытия, включая выходные дни. При подсчете дней лечения в дневном стационаре день поступления и день выбытия считаются как два дня лечения.

Исключение составляют случаи оказания медицинской помощи, относящиеся к КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ», где длительность лечения включает только дни проведения процедуры заместительной почечной терапии методом диализа. При этом один законченный случай оказания медицинской помощи с использованием диализа включает в себя фактическое количество пациенто-дней за отчетный период, когда проводились процедуры заместительной почечной терапии методом гемодиализа.

 3.7. Стоимость законченного случая лечения по КСГ (ССдс) определяется по следующей формуле:

ССдс = БСдс х КЗдс х ПК х КД, где:

БСдс - базовая ставка финансирования законченного случая оказания медицинской помощи в дневном стационаре (средняя стоимость 1 случая лечения в дневном стационаре). Базовая ставка финансирования законченного случая оказания медицинской помощи в дневном стационаре установлена в размере 6 513,00 рублей;

КЗдс - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации медицинской организации, установленный в разделе III Тарифного соглашения.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле и округляется до 2-х знаков после запятой:

ПК = КУСмо(КПУСмо), где:

КУСмо(КПУСмо) - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

Исключение составляют случаи оказания медицинской помощи:

- относящиеся к КСГ 5 «Экстракорпоральное оплодотворение», где стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ (ССдс) определяется по следующей формуле:

ССдс = БСдс х КЗдс х ПК х КД, где:

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле и округляется до 2-х знаков после запятой:

ПК = КСЛП, где:

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента.

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛПсумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

КСЛПсумм = КСЛП1 + (КСЛП2-1) + (КСЛПn-1)

При этом в соответствии с Методическими рекомендациями суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

- с проведением процедур диализа, где стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ (ССдс) определяется по следующей формуле:

CCдс= БСдс x КЗдсх ПК х КД + (Тдi х Nдi) + $(T\_{k}^{доп} х Nдi)$, где:

Тдi - тариф на оплату процедур диализа (услуг);

Nдi - количество фактически выполненных процедур диализа (услуг);

$T\_{k}^{доп}$ - дополнительный тариф на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, рассчитанный для k-ой медицинской организации и применяемый к стоимости услуг гемодиализа

$Т\_{k}^{доп}= \frac{ФО\_{k}^{дост }– \sum\_{n=1}^{n}ФО\_{k ф}^{дост}}{Ч\_{услуг }- \sum\_{n=1}^{n}Ч\_{услуг ф}}$

$где ФО\_{k}^{дост}$ - сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2018 год, установленная для k-той медицинской организации;

$ФО\_{k ф}^{дост}$ - фактическая сумма средств, направленных на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, k-той медицинской организации;

$Ч\_{услуг}$ - количество медицинских услуг - процедур экстракорпорального диализа в дневных стационарах, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области на 2018 год;

$Ч\_{услуг ф}$- фактическое количество медицинских услуг - процедур экстракорпорального диализа в дневных стационарах.

(изм. п. 18 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

3.8. Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ, рассчитывается как сумма стоимости всех случаев в дневных стационарах:

$ФО\_{мо}=\sum\_{}^{}СС\_{дс}$, где:

ФОМО - размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной дневными стационарами медицинской организации, рублей;

ССдС - стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ, рублей.

3.9. Оплата медицинской помощи, оказываемой дневными стационарами, производится:

3.9.1. В размере 100% стоимости:

3.9.1.1.случаев госпитализации (не относящихся к прерванным) по завершению лечения пациента (выписка, перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания) госпитализированного в соответствии с показаниями к госпитализации, утвержденными нормативно-правовыми актами Челябинской области;

3.9.1.2. случаев госпитализации (не относящихся к прерванным), относящихся к КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ (дневной стационар) |
| 3 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 4 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| 5 | Экстракорпоральное оплодотворение |
| 6 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| 7 | Аборт медикаментозный |
| 14 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети |
| 15 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети |
| 16 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети |
| 38 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 52 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые |
| 53 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые |
| 54 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) |
| 55 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) |
| 56 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) |
| 57 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) |
| 58 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) |
| 59 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) |
| 60 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) |
| 61 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) |
| 63 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы |
| 65 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 66 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 69 | Замена речевого процессора |
| 71 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 72 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| 80 | Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения |
| 84 | Отравления и другие воздействия внешних причин  |
| 112 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 118 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |

 (изм. п. 17 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

3.9.1.3. услуг диализа (гемодиализа), оплачиваемых с учетом их фактического количества и применяемых дополнительно к оплате по КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» в рамках одного случая лечения.

3.9.2. В размере85% от стоимости случая лечения по КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи при условии выполнения хирургической операции, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

3.9.3. В размере50% от стоимости определенной для данной КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи, если хирургическое лечение, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось. (изм. п. 18 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

3.10. В случае перевода пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации при условии, что заболевания относятся к одному классу МКБ-10 и/или являются следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания оплата осуществляется по КСГ, имеющей наибольший коэффициент относительной затратоемкости. Исключение составляют случаи оказания медицинской помощи, относящиеся к КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ».

3.11. Оплата по двум и более КСГ в период одной госпитализации.

3.11.1. При переводе пациента с одного профиля коек на другой, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ–10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

3.11.2. При проведении медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение.

Расчет стоимости каждого случая оказания медицинской помощи по КСГ осуществляется в соответствии с пунктом 3.7.

3.12. Оплата случаев госпитализации пациента в дневной стационар медицинских организаций, на срок не более 3-х дней с целью проведения диагностических обследований, указанных в приложении 5/2 к Тарифному соглашению, при болезнях системы кровообращения осуществляется по КСГ 80 «Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения».

Не подлежат включению в реестр счетов сочетание случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу по КСГ 80 «Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения» с другими КСГ, указанными в приложении 7/2 к Тарифному соглашению.

3.13. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа. (изм. п. 19 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

3.13.1. Учитывая установленный способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров – за законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневных стационаров принимается один месяц лечения.

3.13.2. В условиях дневных стационаров оплата случаев оказания медицинской помощи с проведением процедур диализа, включающего различные методы, осуществляется по стоимости услуг диализа с учетом их фактического количества дополнительно к оплате по КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» в рамках одного случая лечения.

Тариф законченного случая диализа включает в себя затраты на лекарственные препараты, в том числе на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоэз стимулирующие препараты, препараты железа и др.), в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 26.08.2015 № 1287.

3.13.3. Случай лечения с проведением процедур диализа в условиях дневного стационара, предъявленный к оплате одной медицинской организацией, подлежит оплате, в том числе при пересечении сроков лечения случаев оказания медицинской помощи в другой медицинской организации по КСГ для дневных и круглосуточного стационаров.

3.13.4. Порядок направления пациентов с ХБП5ст, нуждающихся в заместительной почечной терапии, на лечение в отделение (центр) диализа определяется органами исполнительной власти Челябинской области и органами Управления здравоохранения муниципальных образований в пределах их компетенции. (изм. п. 20 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

3.13.5. В целях ведения персонифицированного учета медицинских услуг диализа медицинская организация заполняет на каждого пациента следующие учетные формы:

- карту динамического наблюдения диализного больного (форма № 003-1/у), утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.08.2002 № 254;

- карту ведения гемодиализа (вкладыш к истории болезни) (приложение 6/1 к Тарифному соглашению);

- диализный журнал пациента для перитонеального диализа (вкладыш в амбулаторную карту пациента) (приложение 6/2 к Тарифному соглашению).

3.14. Оплата законченных случаев лечения пациентов с применением коэффициента сложности лечения пациента.

3.14.1. Коэффициент сложности лечения пациента устанавливается в отдельных случаях в связи сложностью лечения пациента, и учитывает более высокие затраты на оказание медицинской помощи. Случаи, в которых применяется КСЛП, а также его значения установлены приложением 8 к Тарифному соглашению.

 3.14.2. Оплата процедуры экстракорпорального оплодотворения с применением коэффициента сложности лечения пациента осуществляется по КСГ 5 «Экстракорпоральное оплодотворение».

В рамках проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

 Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на третьем этапе, эмбрионов.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ  5 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I-го этапа (стимуляция суперовуляции), к КСГ  5 «Экстракорпоральное оплодотворение» применяется КСЛП в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется. В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ 5 «Экстракорпоральное оплодотворение» с применением КСЛП в размере 0,19.

С учетом КСЛП оплата случаев оказания медицинской помощи с проведением ЭКО осуществляется в зависимости от выполненных этапов и их сочетания в размере согласно таблице:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование этапов проведения ЭКО | Критерий применения КСЛП | Значение КСЛП  |
| 1 | Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции) | I этап ЭКОстимуляция суперовуляции | 0,6 |
| 2 | Проведение I - III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов | I-III этапы ЭКО +криоконсервация эмбрионов | 1,0 |
| 3 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов | I-IV этапы ЭКО | 1,0 |
| 4 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов | I-IV этапы ЭКО +криоконсервация эмбрионов | 1,1 |
| 5 | Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл) | Размораживание криоконсервированных эмбрионов | 0,19 |

Установление КСЛП к иным сочетаниям этапов, не предусмотренных Методическими рекомендациями и соответственно не указанных в таблице, с последующей их оплатой не допускается. Тарифы на проведение I и II этапов, а также I, II и III этапов без последующей криоконсервации эмбрионов не предусмотрены, так как проведение этапов в указанных сочетаниях в подавляющем большинстве случаев свидетельствует о некачественном проведении программы ЭКО. В связи с этим, если выполнены I и II этапы, I, II и III этапы без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случаев осуществляется по тарифу с применением КСЛП для I этапа ЭКО (0,6).

 3.15. Оплата случаев лечения с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований.

 3.15.1. Оплата случаев лечения с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований осуществляется по КСГ 14 - 16, 52 – 63.

3.15.2. Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97) и кода схемы лекарственной терапии (sh001-sh425). При этом за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии Группировщика». (изм. п. 3 Д/С от 20.03.2018 № 4/625-ОМС, действ. с 01.04.2018)

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

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

 3.15.4. В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла.

 3.15.5. Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh901 или sh902 по следующему правилу:

|  |  |
| --- | --- |
| sh901 | Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: C15, C16, C18, C19, C20, C22, C25, C32, C34, C43, C44, C48, C50, C53, C54, C56, C57, C61, C64, C67, C73 |
| sh902 | Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14, C17, C21, C23, C24, C26, C30, C31, C33, C37, C38, C39, C40, C41, C45, C46, C47, C49, C51, C52, C55, C58, C60, C62, C63, C65, C66, C68, C69, C70, C71, C72, C74, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97 |

 3.15.6. Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований (кроме ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей) у детей, и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у детей и взрослых производится аналогично прошлому году, а именно на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более.

 Отнесение к КСГ 14 - 16, 52 - 53 производится по кодам Номенклатуры:

- A25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей»;

- A25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых».

Отнесение к КСГ 63 производится путем комбинации кодов С81-С96 и кодов Номенклатуры:

|  |  |
| --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги |
| А25.30.033.001 | Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых |
| А25.30.033.002 | Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых |

(изм. п. 19 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования.

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к моноклональным антителам, кодируется услугой А25.30.033.001. «Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых». (изм. п. 20 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

3.16. Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация».

3.16.1. Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» производится по соответствующим КСГ, при этом отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел B) вне зависимости от диагноза. Критерием для отнесения случая к КСГ 123 – 130 служит оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2-3 балла по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в условиях дневного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

3.16.2. Оплата случаев лечения по КСГ 132 «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» осуществляется по коду медицинской услуги B05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или B05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя дополнительными классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код дополнительного классификационного критерия «rbs».

Дополнительный классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

 (изм. п. 22 Д/С от 14.02.2018 № 2/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

3.17. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи для КСГ в условиях дневного стационара применяется для перечня КСГ, который представлен в приложении 7/2 к Тарифному соглашению.Исключение составляют медицинские организации, расположенные на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), коэффициент уровня оказания медицинской помощи для которых применяется ко всем КСГ. (доп. п. 24 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

3.18. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии сверх базовой программы ОМС.

3.18.1. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в соответствии с клиническими показаниями, производится по дополнительному тарифу сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, оказанной застрахованному населению Челябинской области, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, в соответствии с установленными медицинским организациям суммами финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2018 год (приложение 19/1 к Тарифному соглашению).

3.18.2. Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, на 2018 год для медицинских организаций являются фиксированными и применяются дополнительно при оплате законченного случая оказания медицинской помощи, относящейся к соответствующей КСГ.

За счет средств ОМС не оплачивается проезд к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, застрахованных за пределами Челябинской области.

(изм. п. 23 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

 3.19. Медицинские организации на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют в разрезе СМО: «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению), «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/7 к Тарифному соглашению), «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению), «Счет на оплату медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/3 к Тарифному соглашению) по каждой СМО, с которой заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. (изм. п. 23 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

**Глава 4. Оплата скорой медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, оказанной вне медицинской организации**

4.1. Оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), оказанной по ОМС гражданам, застрахованным на территории Челябинской области, медицинскими организациями, указанными в приложении 2/1 к Тарифному соглашению, осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации на обслуживаемое застрахованное население в сочетании c оплатой за вызов скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме с проведением тромболитической терапии (далее именуется – ТЛТ), при проведении медицинской эвакуации (консультации).

4.2. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$ФО\_{СР}^{СМП}=\frac{\left(Но\_{СМП}×Нфз\_{СМП}\right)×Чз-ОС\_{МТР}}{Чз}$, где:

 - средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

 - средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, вызовов;

 - средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

 - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;

Чз - численность застрахованного населения Челябинской области, человек.

4.3. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$Пн\_{БАЗ}=\frac{\left(ФО\_{СР}^{СМП}×Чз-ОС\_{В}\right)}{Чз}$, где:

ПнБАЗ - базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

ОСВ - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам в Челябинской области за вызов, рублей.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ПнБАЗ) установлен в размере 54,43 рублей в месяц на одно застрахованное лицо.

В базовом (среднем) подушевом нормативе финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации не учтены расходы на проведение ТЛТ.

4.4. Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи по следующей формуле:

ДПнi = ПнБАЗ $×$СКДiинт, где:

ДПнi - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы медицинских организаций, рублей;

СКДiинт – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той группы медицинских организаций.

4.5. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

 КДИНТ = КДПВС$ х$ КДср $х$ КДси $х$ КДзп $х$ КДсуб, где:

 КДИНТ - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

 КДПВС - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

 КДср - коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания;

 КДси - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

 КДзп - коэффициент дифференциации заработной платы медицинских работников;

 КДсуб – коэффициент территориальной дифференциации медицинской организации.

4.6. Половозрастные коэффициенты дифференциации учитывают затраты на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по половозрастным группам, в разрезе медицинских организаций.

Для расчета коэффициента дифференциации численность застрахованных лиц в Челябинской области распределяется по следующим половозрастным группам:

* ноль - один год мужчины/женщины;
* один год – четыре года мужчины/женщины;
* пять лет – семнадцать лет мужчины/женщины;
* восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;
* восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;
* шестьдесят лет и старше мужчины;
* пятьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованному обслуживаемому населению за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и численности застрахованных лиц за данный период.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в разрезе половозрастных групп установлены в размере:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0-1 года | 1-4 года | от 5 до 17 лет | от 18 до 54 лет | от 18 до 59 лет | 55 лет и старше | 60 лет и старше |
| жен | муж | жен | муж | жен | муж | жен | муж | жен | муж |
| 2,194 | 2,711 | 1,637 | 1,870 | 0,617 | 0,652 | 0,674 | 0,583 | 1,838 | 1,640 |

Далее рассчитывается КД для каждой j-ой медицинской организации по формуле:

, где:

КДj - коэффициент дифференциации j-ой медицинской организации для i-ого половозрастного интервала;

– численность застрахованного населения на территории обслуживания j-ой станции (подстанции) скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи, попадающих в i-ый половозрастной интервал, по состоянию на 1-е число месяца, в котором производится перерасчет;

 – численность застрахованного населения на территории обслуживания j-ой станции (подстанции) скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи, по состоянию на 1-е число месяца, в котором производится перерасчет.

4.7. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$ПК=\frac{\sum\_{i}^{}(ДПн^{i}×Ч\_{З}^{i})}{Пн\_{БАЗ}×Ч\_{З}}$, где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$Ч\_{З}^{i}$$ | – | численность застрахованных лиц, прикрепленных к *i-*той группе медицинских организаций, человек. |

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций ($ФДПн$) рассчитывается по формуле:

$ФДПн^{i}=\frac{ДПн^{i}}{ПК}$, где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$ФДПн^{i}$$ | – | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для *i-*тойгруппы (подгруппы) медицинских организаций, рублей. |

4.8. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

ФОСМП = $ФДПн^{i}$ x ЧзПР + ОСВ, где:

ФОСМП - размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

ЧзПР - численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией на 1-е число месяца, следующего за отчетным, человек;

ОСВ - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам в Челябинской области за вызов, рублей.

Ежемесячно, в течение 2-х рабочих дней месяца, следующего за отчетным, информация по численности застрахованных лиц, обслуживаемых станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, отделениями скорой медицинской помощи в составе медицинских организаций по состоянию на 1-е число месяца следующего за отчетным размещается на сайте ТФОМС Челябинской области.

4.9. Оплата скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме с проведением ТЛТ производится по тарифам за вызов скорой медицинской помощи. Указанные тарифы включают в себя затраты на лекарственное обеспечение ТЛТ с использованием алтеплазы, проурокиназы, тенектеплазы.

4.10. Оплата медицинской помощи при проведении медицинской эвакуации (консультации) производится по тарифам за вызов выездной бригады медицинских организаций, указанных в приложении 2/2 к Тарифному соглашению. Медицинская эвакуация осуществляется в медицинские организации, указанные в приложении 2/2 к Тарифному соглашению для которых установлены тарифы, за исключением профилей «комбустиология», «торакальная хирургия», «инфекция», «кардиологические», «кардиологические с ОИМ», «неврологические», «неврологические с ОНМК», «для беременных и рожениц» где медицинская эвакуация осуществляется:

- по профилю «комбустиология» в МБУЗ Городская клиническая больница № 6 г.Челябинска медицинскими организациями ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» (взрослое население), ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница» (детское население);

- по профилю «торакальная хирургия» в МБУЗ Городская клиническая больница № 8 г.Челябинска медицинской организацией ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» (взрослое население);

- по профилю «инфекция»:

в МБУЗ Городская клиническая больница № 8 г.Челябинска, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, МАУЗ "Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева" г.Магнитогорска медицинской организацией ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» (взрослое население);

в МБУЗ Городская клиническая больница № 9 г.Челябинска, МБУЗ Детская городская клиническая больница № 8 г.Челябинска медицинской организацией ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница» (детское население);

- по профилям «кардиологические», «кардиологические с ОИМ», «неврологические», «неврологические с ОНМК», «для беременных и рожениц» в ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3» медицинской организацией ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» (взрослое население).

4.11. Медицинские организации на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют в разрезе СМО: «Расчетную ведомость на оплату скорой медицинской помощи» (приложение 1/11 к Тарифному соглашению), «Расчетную ведомость на оплату выездных бригад при проведении медицинской эвакуации (консультации)» (приложение 1/12 к Тарифному соглашению), «Счет на оплату скорой медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи с проведением ТЛТ, медицинской эвакуации (консультации)» (приложение 1/4 к Тарифному соглашению) по каждой СМО, с которой заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

4.12. Расчеты за скорую медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, осуществляются по тарифам за вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации.

4.13. Финансовое обеспечение станций (подстанций) скорой медицинской помощи и отделений скорой медицинской помощи включает в себя, в том числе стоимость скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, проживающим вне территории обслуживания станции (подстанции, отделений) скорой медицинской помощи по Челябинской области, за исключением скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, указанным в пункте 4.9, 4.10.

4.14. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

**Глава 5. Порядок взаиморасчетов между медицинскими организациями за оказанные внешние медицинские услуги, проведенные на рентгеновских (шаговых, спиральных и мультиспиральных) компьютерных и магнитно-резонансных томографах**

 5.1. При наличии медицинских показаний и отсутствии возможности проведения КТ, МРТ в амбулаторных, стационарных условиях, условиях дневных стационаров медицинская организация (далее именуется – Заказчик) направляет пациента в другую медицинскую организацию (далее именуется –Исполнитель) на основании «Направление на исследования, проводимые на рентгеновском (шаговом, спиральном и мультиспиральном) компьютерном и магнитно-резонансном томографах» (приложение 3/2 к Тарифному соглашению).

5.2. Взаиморасчеты за КТ, МРТ осуществляются через СМО путем:

1) ежемесячного перечисления МО-Исполнителям суммы средств за оказанные внешние медицинские услуги (КТ, МРТ);

2) удержания из суммы средств на оплату медицинской помощи, оказанной МО-Заказчиком, суммы средств на оплату внешних медицинских услуг (КТ, МРТ), оказанных МО–Исполнителями.

5.3. Оплата оказанных МО-Исполнителем медицинских услуг осуществляется СМО за счет средств МО-Заказчика, по тарифам на оплату КТ, МРТ, дифференцированным в зависимости от зон, методик исследований, расширенных исследований (приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 26.10.2015 № 1581 «Об организации направления на рентгеновскую компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию населения Челябинской области при амбулаторном обследовании, стационарном лечении»), а также с использованием анестезиологического сопровождения.

5.4. Оплата внешних медицинских услуг (КТ, МРТ), оказанных

МО-Исполнителями лицам, застрахованным за пределами Челябинской области:

 5.4.1. Оплату внешних медицинских услуг (КТ, МРТ), оказанных лицам, застрахованным за пределами Челябинской области по направлениям из поликлиники, осуществляет ТФОМС Челябинской области в соответствии с частью 8 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, разделом IX Правил ОМС, приказом ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392.

5.4.2. При оказании стационарной медицинской помощи, а также медицинской помощи оказанной в условиях дневных стационаров, лицам, застрахованным за пределами Челябинской области, при наличии показаний и отсутствии возможности самостоятельного выполнения КТ, МРТ, медицинская организация направляет в другую медицинскую организацию и производит оплату за оказанные медицинские услуги на основании заключенных между медицинскими организациями договоров.

5.5. МО-Исполнители на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют «Расчетную ведомость по оплате внешних медицинских услуг, проведенных на рентгеновском (шаговом, спиральном и мультиспиральном) компьютерном и магнитно-резонансном томографах застрахованным гражданам» (приложение 1/13 к Тарифному соглашению).

5.6. В целях осуществления МО-Заказчиком анализа случаев оказания МО-Исполнителями внешних медицинских услуг (КТ, МРТ), на соответствие собственному учету выписанных направлений, в срок до 25-го числа месяца, следующего за отчетным, СМО формируют файлы персонифицированного учета в разрезе МО - Исполнителей и предоставляют их МО-Заказчику.

5.7. СМО и МО в соответствии с Договором ежемесячно, на 1-е число месяца, следующего за отчетным,проводят сверку расчетов, по результатам которой составляется **«**Акт сверки расчетов по оплате медицинской помощи, оказанной МО, финансируемой СМО**»** в соответствии с рекомендуемой формой (приложение 1/15 к Тарифному соглашению). (изм. п. 21 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

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

 Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной в составе Правил ОМС, и включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Тарифы на оплату медицинской помощи применяются медицинскими организациями в соответствии с распределением по уровням оказания медицинской помощи. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальной программы ОМС, являющейся составной частью территориальной программы, предусмотрено формирование трехуровневой системы организации медицинской помощи гражданам:

- первый уровень – оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, на станциях скорой медицинской помощи);

- второй уровень – оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

- третий уровень – оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях.

Решение по отнесению медицинской организации к уровню оказания медицинской помощи принимается Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования по предложению Министерства здравоохранения Челябинской области.

Расходы по оказанию медицинских услуг параклиническими подразделениями, отделениями реанимации и интенсивной терапии, палатами интенсивной терапии, расходы по содержанию параклинических подразделений, отделений реанимации и интенсивной терапии, палат интенсивной терапии, вспомогательных подразделений медицинских организаций включены в тарифы на оплату медицинской помощи.

Средства ОМС используются медицинскими организациями в соответствии с бюджетной классификацией Российской Федерации, применяемой при бухгалтерском (бюджетном) учете, на следующие виды расходов:

- заработная плата (включая расходы на финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

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

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях);

- начисления на оплату труда;

- прочие выплаты;

- приобретение лекарственных средств, расходных материалов;

- приобретение продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;

- расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);

 - расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

В целях обеспечения рационального и эффективного использования финансовых средств ОМС осуществляется мониторинг закупок, поставок и оплаты лекарственных средств и изделий медицинского назначения, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования (далее именуется – Мониторинг лекарственного обеспечения медицинской помощи).

Мониторинг лекарственного обеспечения медицинской помощи проводится в соответствии с приказом ТФОМС Челябинской области от 18.03.2014 № 205 «Об организации ведения мониторинга закупок, поставок и оплаты лекарственных средств и изделий медицинского назначения, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования».

Средства ОМС расходуются медицинскими организациями в соответствии с рекомендуемой структурой финансовых затрат на единицу объема по видам медицинской помощи (приложение 9 к Тарифному соглашению).

**Глава 1. Размер тарифов на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установлен в размере 3 917,35 рублей.

1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Челябинской области, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, а также медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи:

1.1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению в поликлинике для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно- поликлинической медицинской помощи установлены приложением 10/1 к Тарифному соглашению.

1.1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению на дому для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно - поликлинической медицинской помощи установлены приложением 10/2 к Тарифному соглашению.

1.1.3. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС детскому застрахованному населению в поликлинике для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно- поликлинической медицинской помощи установлены приложением 10/3 к Тарифному соглашению.

1.1.4. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в поликлинике для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно - поликлинической медицинской помощи, а также для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи установлены приложением 10/4 к Тарифному соглашению.

1.1.5. Тарифы на оплату медицинской помощи законченного случая диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения Челябинской области в поликлинике установлены приложением 11 к Тарифному соглашению.

1.1.6. Тарифы на оплату медицинской помощи законченного случая медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения Челябинской области в поликлинике установлены приложением 12 к Тарифному соглашению.

1.1.7. Тарифы на оплату консультативно-диагностической медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению в консультативно-диагностических центрах Челябинской области, установлены приложением 13 к Тарифному соглашению.

1.1.8. Тарифы на оплату стоматологических услуг (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанных по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению установлены приложением 14 к Тарифному соглашению.

1.2. Тарифы на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в сфере ОМС Челябинской области.

1.2.1. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива:

* по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (КДсп):

- центральных районных больниц и районных больниц при наличии фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов) (коэффициент рассчитан по нормативу численности обслуживаемого ФАПом населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»):

 - от 10 до 30 - коэффициент в размере 1,1;

 - более 30 - коэффициент в размере 1,15;

 - городских поликлиник, больниц на содержание отдельных структурных подразделений в размере – 1,1;

 – имеющих в своем составе клинико-диагностические лаборатории III «Б» уровня и консультативно-диагностические центры, организованные в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 28.10.2015 № 1595, от 21.02.2012 № 219 «О порядке организации работы Единого консультативно-диагностического центра функциональной диагностики в ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», коэффициент учитывает затраты на проведение лабораторных исследований, дистанционную обработку и описание электрокардиограмм врачами функциональной диагностики врачами-кардиологами и установлен в размере:

– ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», ГБУЗ «Областная клиническая больница № 4» - 1,15;

– АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть», ГБУЗ «Городская больница № 4 г.Миасс» - 1,25.

* Коэффициент дифференциации заработной платы медицинских работников (КД зп) установлен для групп медицинских организаций в размере – 1,2; 1,07; 1,0. (доп. п. 6.1 Д/С от 20.02.2018 № 3/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)
* Коэффициенты территориальной дифференциации (КДсуб):

 - для медицинских организаций, расположенных в закрытых административно- территориальных образованиях (ЗАТО), подведомственных ФМБА – ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 71 ФМБА» г.Озерска, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинска в размере 1,08, ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорного в размере 1,03.

 1.2.2. Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования, определенные для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций норматива (с учетом половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива, коэффициентов дифференциации подушевого норматива по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (КДсп) и территориальной дифференциации (КДсуб)), Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи установлены приложением 15 к Тарифному соглашению.

1.2.3. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования установлен в размере 215,00 рублей с учетом коэффициента территориальной дифференциации 1,09.

 1.2.4. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (тарифы для взаиморасчетов) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению, в поликлинике установлены приложением 16/1 к Тарифному соглашению.

 1.2.5. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (тарифы для взаиморасчетов) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению, на дому установлены приложением 16/2 к Тарифному соглашению.

 1.2.6. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (тарифы для взаиморасчетов) (на 1 посещение), оказанной по ОМС детскому застрахованному населению, в поликлинике установлены приложением 16/3 к Тарифному соглашению.

 1.2.7. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (тарифы для взаиморасчетов) (на 1 посещение), оказанной по ОМС детскому застрахованному населению, на дому установлены приложением 16/4 к Тарифному соглашению.

 1.2.8. Тарифы на оплату внешних медицинских услуг (тарифы для взаиморасчетов), оказываемых на рентгеновских (шаговых, спиральных и мультиспиральных) компьютерных и магнитно-резонансных томографах взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области, а также на территории других субъектов РФ, установлены приложением 16/5 к Тарифному соглашению.

 1.2.9. Дополнительные тарифы на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области (приложение 21). (доп. п. 6.2 Д/С от 20.02.2018 № 3/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

**Глава 2. Размер тарифов на оплату стационарной медицинской помощи**

 2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, без учета высокотехнологичной медицинской помощи установлен в размере 4 901,38 рублей.

 Средний размер финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установлен в размере 516,11 рублей.

 Средний размер дополнительного финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях застрахованному населению Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита в специализированном инфекционном отделении ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, установлен в размере 9,84 рублей.

Средний размер дополнительного финансового обеспечения дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях застрахованному населению Челябинской области установлен в размере 41,22 рублей.

 2.2. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости установлены приложением 7/1 к Тарифному соглашению.

 2.3. Базовая ставка финансирования законченного случая оказания стационарной медицинской помощи составляет 17 064,00 рублей. (изм. п. 25 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

 2.4. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой пролечен пациент, установлены в размере:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уровень оказания медицинской помощи | Подуровень оказания медицинской помощи | Коэффициент уровня/ подуровня оказания медицинской помощи | Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в сфере ОМС Челябинской области |
| Уровень 1 |  | 0,95 | Медицинские организации, относящиеся к 1-му уровню |
| Уровень 2 | 2.1 | 1,10 | Медицинские организации, относящиеся к 2-му уровню |
| 2.2 | 1,20 | Медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований |
| 2.3 | 1,30 | ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн» |
| Уровень 3 | 3.1 | 1,10 | Медицинские организации, относящиеся к 3-му уровню |
| 3.2 | 1,30\* | - АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть», - НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск ОАО «РЖД»,- ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3»,- ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»,- ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», - ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», - ГБУЗ «Областной перинатальный центр»,- ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения РФ (г.Челябинск),- ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ |

\* для медицинских организаций:

- применяющих телемедицинские технологии;

- имеющих консультативно-диагностические центры.

2.5. Коэффициенты сложности лечения пациента установлены приложением 8 к Тарифному соглашению.

2.6. Коэффициент дифференциации (КД) установлен:

- для медицинских организаций Челябинской области в размере 1,09;

- для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований

- ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,18;

 - ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,12.

 (изм. п. 26 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

2.7. Тариф на оплату медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, в круглосуточном стационаре «Инфекционные (ВИЧ)» установлен в размере 57003,30 рублей.

 2.8. Дополнительный тариф на оплату специализированной стационарной медицинской помощи за счет средств межбюджетного трансферта Челябинской области для ГБУЗ «Челябинский областной центр реабилитации», ГУП Челябинской области Пансионат с лечением «Карагайский бор» установлен в размере 9 462,00 рублей.

2.9. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в круглосуточном стационаре установлены приложением 17 к Тарифному соглашению.

2.10. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 85%, 50% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных пунктом 2.2.9 главы 2 раздела II.

**Глава 3. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной дневными стационарами**

 3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС дневными стационарами, установлен в размере 881,59 рублей.

 Средний размер дополнительного финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой дневными стационарами в части оплаты проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установлен в размере 31,50 рублей.

 3.2. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости установлены приложением 7/2 к Тарифному соглашению.

 3.3. Базовая ставка финансирования законченного случая медицинской помощи, оказываемой дневными стационарами, составляет 6 513,00 рублей. (изм. п. 27 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

3.4. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой пролечен пациент, установлены в размере:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уровень оказания медицинской помощи | Подуровень оказания медицинской помощи | Коэффициент уровня/ подуровня оказания медицинской помощи | Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в сфере ОМС Челябинской области |
| Уровень 1 |  | 0,95 | Медицинские организации, относящиеся к 1-му уровню |
| Уровень 2 | 2.1 | 1,10 | Медицинские организации, относящиеся к 2-му уровню |
| 2.2 | 1,20 | Медицинские организации, расположенные на территории закрытых административно-территориальных образований |
| 2.3 | 1,30 | ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн» |
| Уровень 3 | 3.1 | 1,10 | Медицинские организации, относящиеся к 3-му уровню |
| 3.2 | 1,30\* | - АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть», - НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск ОАО «РЖД»,- ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3»,- ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»,- ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», - ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», - ГБУЗ «Областной перинатальный центр»,- ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения РФ (г.Челябинск),- ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ. |

\* для медицинских организаций:

- применяющих телемедицинские технологии;

- имеющих консультативно-диагностические центры.

(доп. п. 29 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

3.5. Коэффициент дифференциации (КД) установлен:

- для медицинских организаций Челябинской области в размере 1,09;

- для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований

- ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,18;

 - ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,12.

(изм. п. 30 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

 3.6. Коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров по КСГ 5 «Экстракорпоральное оплодотворение» в связи с применением дорогостоящих современных эффективных медицинских технологий установлен приложением 8 к Тарифному соглашению. (изм. п. 31 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

3.7. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 85%, 50% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных пунктом 3.9 главы 3 раздела II. (изм. п. 31 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

3.8. Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установлены приложением 19/2 к Тарифному соглашению. (изм. п. 31 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)

**Глава 4. Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи**

4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи установлен в размере 670,75 рублей.

4.2. Коэффициенты территориальной дифференциации установлены в размере:

- для медицинских организаций, расположенных в закрытых административно- территориальных образованиях (ЗАТО), подведомственных ФМБА – ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 71 ФМБА» г.Озерска, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинска в размере 1,08, ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорного в размере 1,03.

4.3. Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования, Поправочный коэффициент, Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи установлены приложением 18/1 к Тарифному соглашению.

4.4. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации установлен в размере 54,43 рублей. (изм. п. 32 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

4.5. Тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной застрахованному населению Челябинской области, вне медицинской организации; Тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации; Тарифы за вызов выездной бригады при проведении медицинской эвакуации (консультации), оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации установлены приложением 18/2 к Тарифному соглашению.

**Раздел 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| КОД ДЕФЕКТА | ПЕРЕЧЕНЬ НАРУШЕНИЙ | СУММАНЕ ПОДЛЕЖАЩАЯ ОПЛАТЕ | РАЗМЕРШТРАФА |
| Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц |
| 1.1. | Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: |
| 1.1.1. | на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС; |  | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 1.1.2. | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; |  |  30 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 1.1.3. | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме |  |  30 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе: |
| 1.2.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 1.2.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; |  | 300 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 1.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС, в том числе: |
| 1.3.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 1.3.2. | Повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). |  | 300 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 1.5. | Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. | 50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет. |  | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.2.Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации: |
| 2.2.1. | о режиме работы медицинской организации; |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.2.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; (изм. п. 33 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)  |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.2.4. | о показателях доступности и качества медицинской помощи; |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.2.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно; |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.2.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен. |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях |  | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.4. Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: |
| 2.4.1. | о режиме работы медицинской организации; |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.4.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; (изм. п. 33 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)  |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.4.4. | о показателях доступности и качества медицинской помощи; |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.4.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно; |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 2.4.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен. |  | 50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи |
| 3.1. | Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц). | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
|  |  |
| 3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи: |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.2. | приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.3. | приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | 40 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.4. | приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | 90 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 3.2.5. | приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 300 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий: |
| 3.3.1 |  |  |  |
| 3.3.2. | приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее рискпрогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 40 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения). | 50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.5. | Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова. | 50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.6. | Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. | 80 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара. | 70 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильнаягоспитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. | 60 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| (искл. п. 34 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)  |
| 3.10. | Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.12. | Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств -синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения. | 30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 3.13. | Невыполнение по вине медицинской организацииобязательного патологоанатомическоговскрытия в соответствии с действующим законодательством. | 30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 30 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 3.14. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.  | 90 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации |
| 4.1. | Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 4.2. | Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи. | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 4.3. | Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | 10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 4.4. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).  | 90 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 4.5. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.) | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 4.6. | Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи | 100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи |
| 4.6.1. | Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы. |  |  |
| 4.6.2. | Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту. |  |  |
| Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов. |
| 5.1. Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: |
| 5.1.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи (изм. п. 35 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)  |  |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации: |
| 5.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.2. | введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи (изм. п. 35 ДС № 2/625-ОМС, действ. с 01.02.2018)  |  |
| 5.2.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.3.Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС: |
| 5.3.1. | Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.3.2. | Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.3.3. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.4. Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь: |
| 5.4.1. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.4.2. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.5. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности: |
| 5.5.1. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.5.2. | Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.5.3. | Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.6. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи: |
| 5.7.1. | Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.2. | Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.3. | Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.4. | Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.5. | Включения в реестр счетов медицинской помощи: амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях). | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.6. | Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи |  |

**Раздел V. Заключительные положения**

**Глава 1. Порядок внесения изменений в Тарифное соглашение**

1.1. Все изменения, вносимые в Тарифное соглашение, тарифы на оплату медицинской помощи, оформляются Дополнительным соглашением к Тарифному соглашению и являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи могут пересматриваться Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области. (изм. п. 23 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

**Глава 2. Прочие условия Тарифного соглашения**

2.1. В соответствии с Правилами ОМС оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями производится СМО, за исключением медицинской помощи, указанной в пункте 2.2 данной главы.

2.2. Медицинская помощь гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, на территории Челябинской области оказывается в объеме базовой программы ОМС и оплачивается ТФОМС Челябинской области на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

2.3. Порядок и сроки перечисления финансовых средств ОМС за оказанную медицинскую помощь устанавливаются договорами между СМОи медицинскими организациями, за исключением медицинской помощи, предусмотренной в пункте 2.2.

2.4. Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Тарифное соглашение.

2.5. В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

2.6. Настоящее Тарифное соглашение составлено и подписано в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в Министерстве здравоохранения Челябинской области, второй – в ТФОМС Челябинской области. Другим сторонам, Тарифное соглашение направляется в отсканированном виде на электронные адреса.

**Глава 3. Срок действия Тарифного соглашения**

3.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу **с 01.01.2018**. (изм. п. 24 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)

3.2. Со дня вступления в силу настоящего Тарифного соглашения утрачивают силу Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 21.03.2017 № 1/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 18.04.2017 № 2/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 29.05.2017 № 3/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 20.06.2017 № 4/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 19.07.2017 № 5/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 15.08.2017 № 6/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 19.09.2017 № 7/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 17.10.2017 № 8/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 22.11.2017 № 9/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 19.12.2017 № 10/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС, Дополнительное соглашение от 29.12.2017 № 11/70-ОМС к Тарифному соглашению от 03.03.2017 № 70-ОМС. (доп. п. 25 Д/С от 17.01.2018 № 1/625-ОМС, действ. с 01.01.2018)