

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**в сфере обязательного медицинского страхования**  
**на территории Удмуртской Республики на 2016 год**

г.Ижевск

«31» декабря 2015 года

Представители:

органа исполнительной власти в лице заместителя Председателя Правительства Удмуртской Республики Кузнецова Андрея Леонидовича, министра здравоохранения Удмуртской Республики Чуршина Алексея Дмитриевича, заместителя министра финансов Удмуртской Республики-начальника Бюджетного управления Министерства финансов Удмуртской Республики Сухих Веры Николаевны;

Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (ТФОМС УР) в лице директора Шадрина Сергея Геннадьевича, заместителя директора ТФОМС УР Олоновой Лады Александровны;

страховых медицинских организаций в лице директора филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Ижевске Гориной Александры Владимировны, директора ООО "Росгосстрах-Медицина" - "Росгосстрах-Удмуртия-Медицина" Кирилиной Натальи Викторовны;

медицинских профессиональных некоммерческих организаций в лице председателя общественной организации "Ассоциация главных врачей Удмуртской Республики" Савельева Валерия Семеновича, члена Ассоциации главных врачей Удмуртской Республики" Селиванова Андрея Борисовича;

профессиональных союзов медицинских работников в лице председателя Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Поповой Ольги Пантелеевны, члена Республиканского комитета Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Кузнецовой Натальи Николаевны,

именуемые в дальнейшем Сторонами, на основании Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правил обязательного медицинского страхования, Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики (Тарифное соглашение) о нижеследующем.

### **1. Общие положения**

1.1. Тарифное соглашение разрабатывалось и заключалось в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,

постановление Правительства Российской Федерации от 19.12.2015г. №1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»,

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»,

приказ 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»,

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,

Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования «Способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ)», утвержденные Минздравом России и Федеральным фондом ОМС от 24.12.2015 г. (письмо Минздрава России № 11-9/10/2-7938 и ФФОМС №8089/21-и),

письмо Минздрава России от 21.12.2015г. №11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»,

постановление Правительства Удмуртской Республики от 29.12.2015г. №579 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики на 2016 год»

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС), их структуры и порядка применения на территории Удмуртской Республики, а также определение размеров санкций, применяемых к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.3. Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, страховые медицинские организации, функционирующие в сфере обязательного медицинского страхования, ТФОМС УР.

1.4. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются на уровне возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских

организаций по выполнению Территориальной программы ОМС и учитывают трехуровневую систему оказания медицинской помощи гражданам. Отнесение медицинской организации к соответствующему уровню оказания медицинской помощи определяется нормативным актом Министерства здравоохранения Удмуртской Республики.

1.5. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики с указанием долей расходования средств в процентах по направлениям расходования средств:

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

2) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;

3) приобретение продуктов питания;

4) прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, 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.

1.6. Статьи расходов классификации операций сектора государственного управления (КОСГУ), включаемые в состав тарифов на оплату медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики, приведены в приложении 1 к Тарифному соглашению.

## **2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Удмуртской Республике**

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией персонифицированных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике, по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам на оплату медицинской помощи. Размер и структура



тарифов на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи.

## 2.1. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

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

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), используется при оплате медицинской помощи в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Удмуртской Республики.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в приложении 2 к Тарифному соглашению.

2.1.2. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (ПНФ) осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, включающее в себя оказание медицинской помощи врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-терапевтами участковыми цехового врачебного участка, врачами-терапевтами подростковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами-педиатрами городскими (районными), врачами-педиатрами медицинских кабинетов и здравпунктов дошкольно-школьных образовательных учреждений (врач-педиатр ДШО), врачами общей практики (семейными врачами), фельдшерами и акушерками фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов, фельдшерами, ведущими самостоятельный прием в период отсутствия врача-специалиста (Перечень специалистов в ПНФ), в плановой и неотложной форме, включая расходы на медицинскую помощь в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания, лабораторные и другие лечебно-диагностические исследования (за исключением компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии).

Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение

которых осуществляется по подушевому нормативу, приведен в приложении 3 Тарифному соглашению.

Оплата первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц предусматривает различия в затратах на оказание медицинской помощи застрахованным лицам в зависимости от пола и возраста, фельдшеско-акушерских пунктов.

В объем финансовых средств на оплату амбулаторной медицинской помощи по ПНФ не входят средства на оплату:

- медицинской помощи, оказанной врачами–специалистами, не включенными в Перечень специалистов в ПНФ;
- посещений в Центрах здоровья;
- диспансеризации определенных групп взрослого населения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе принятых под опеку; диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей- сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; периодические и предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних, профилактические медицинские осмотры взрослого населения и несовершеннолетних;
- медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам;
- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам УР, не прикрепленным ни к одной медицинской организации;
- медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Объем средств, поступающих в медицинскую организацию по подушевому нормативу финансирования, включает расходы на оплату внешних медицинских услуг.

Под внешними медицинскими услугами в амбулаторных условиях (в рамках подушевого финансирования) понимаются посещения, обращения (законченные случаи) прикрепившихся к медицинской организации лиц, оказанные в других медицинских организациях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования. Ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (Спф) рассчитывается по формуле:

$$Спф = ПН \times \sum (Ч_i \times К_{пвзi}) \times К_{кр} \times К_{фap},$$

где ПН- подушевой норматив финансирования в месяц на одно застрахованное лицо, включающий статьи расходов в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования;

Чі- численность лиц і-половозрастной группы застрахованных в сфере ОМС Удмуртской Республики, прикрепившихся к медицинской организации по состоянию на 1 число отчетного месяца;

Кпвзі- коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования для і-ой половозрастной группы;

Ккр- коэффициент корректировки подушевого норматива финансирования, учитывающий изменение половозрастного состава численности застрахованного населения УР по состоянию на 1-ое число отчетного месяца (Чтек) к численности застрахованного населения УР на 1 апреля 2015 года (Чтп), рассчитывается ежемесячно на основе регистра застрахованных лиц Удмуртской Республики и изменения половозрастной структуры ( $K_{кр} = Ч_{тп} / (\sum (Ч_{текі} \times K_{пвзі}))$ );

Кфап- коэффициент дифференциации по уровню расходов на ФАПы с учетом их количества в медицинской организации.

Ежемесячное финансирование медицинских организаций, имеющих прикрепивших лиц, определяется по формуле:

$$ОФмес = С_{пф} + С_{ву1} - С_{ву} + С_{свс} + С_{дисп} + С_{сцз} + С_{кт\_мрт} + С_{снн} + С_{мтр},$$

где

Спф – ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

Сву1 – оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, включенными в ПНФ, застрахованным лицам УР, прикрепленным к другим медицинским организациям (внешние медицинские услуги);

Сву – сумма, принятая СМО к оплате по счетам других медицинских организаций за оказанные застрахованным лицам, прикрепленным к данной МО, медицинские услуги, включенные в ПНФ.

Свс – оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, не включенными в ПНФ;

Сдисп – оплата диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения;

Сцз – оплата медицинских услуг, оказанных в Центре здоровья;

Скт\_мрт – оплата медицинских услуг компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, проводимых в амбулаторных условиях;

Снн – оплата медицинской помощи, оказанной специалистами, включенными в ПНФ, застрахованным лицам УР, не прикрепленным ни к одной МО;

Смтр – оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации;

Внешние медицинские услуги, оказанные медицинской организацией лицам, прикрепившимся к другой медицинской организации, оплачиваются по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай) медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь и удерживаются страховой медицинской организацией из финансирования медицинской организации, к которой эти лица прикреплены, за отчетный месяц.

Оплата амбулаторной помощи, оказанной лицу, застрахованному на территории Удмуртской Республики, но не прикрепленному ни к одной медицинской организации (производится СМО), а также лицу, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации (производится ТФОМС УР), осуществляется по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай) медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь.

Оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, не включенными в ПНФ осуществляется по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай).

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений при обращениях по поводу заболевания, посещений с профилактической и иной целью (в т.ч. в рамках диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения), неотложной медицинской помощи, а так же посещений оказанных прикрепленному населению и не прикрепленному населению.

2.1.3.1. Стоимость одного посещения с профилактической и иной целью (за исключением стоматологической медицинской помощи), в том числе разового посещения по поводу заболевания, по *i*-ой специальности (*S*<sub>проф*i*</sub>), рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{проф}i} = T_{\text{баз\_проф}} * K_{\text{специ}} * K_{\text{ур}} + \sum T_{\text{хо}}$$

где

*T*<sub>баз\_проф</sub> – базовая стоимость посещения с профилактической и иной целью;

*K*<sub>специ*j*</sub> – относительный коэффициент стоимости посещения по *i*-ой специальности;

*K*<sub>ур</sub> – коэффициент уровня медицинской помощи в медицинской организации;

$\sum T_{\text{хо}}$  – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках посещения с профилактической и иной целью, применяется только по врачам-специалистам, услуги которых не включены в подушевой норматив финансирования.

2.1.3.2. Стоимость одного посещения по оказанию помощи в неотложной форме (*S*<sub>неот</sub>) (за исключением стоматологической медицинской помощи) для



оплаты медицинской помощи, не включенной в ПНФ, рассчитывается по формуле:

$$S_{неот} = T_{баз\_неот} * K_{ур} + \sum T_{хо}$$

где

$T_{баз\_неот}$  – базовая стоимость посещения по оказанию амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме;

$K_{ур}$  – коэффициент уровня медицинской помощи в медицинской организации;

$\sum T_{хо}$  – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках посещения при оказании помощи в неотложной форме, применяется только по врачам-специалистам, услуги которых не включены в подушевой норматив финансирования.

2.1.3.3. Оплата за обращение (законченный случай) при оказании медицинской помощи по поводу заболевания осуществляется с учетом количества посещений в обращении. К обращениям по поводу заболевания относятся законченные случаи лечения заболевания при кратности не менее двух врачебных посещений по поводу одного и того же основного заболевания и выполнении диагностических и лечебных мероприятий в соответствии со стандартами, протоколами, клиническими рекомендациями.

На каждый случай обращения по поводу заболевания заполняется один статистический талон, где отражаются все посещения, выполненные в рамках заболевания. В данном статистическом талоне могут быть указаны посещения к врачам нескольких специальностей, выполненные в рамках одного эпизода оказания медицинской помощи.

Стоимость обращения по поводу заболевания к врачу-специалисту по  $i$ -ой специальности ( $S_{об\,i}$ ) (за исключением стоматологической медицинской помощи) для оплаты медицинской помощи, не включенной в ПНФ рассчитывается по формуле:

$$S_{об\,i} = T_{баз\_заб} * K_{специ} * K_{ур} * N_{пос} + \sum T_{хо}$$

где

$T_{баз\_заб}$  – базовая стоимость посещения в обращении по поводу заболевания;

$K_{специ\,i}$  – относительный коэффициент стоимости посещения по  $i$ -ой специальности;

$K_{ур}$  – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации;

$N_{пос}$  – количество посещений в обращении;

$\sum T_{хо}$  – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках обращения по заболеванию.

2.1.3.4. Оплата за посещение при оказании стоматологической медицинской помощи с профилактической и иной целью, в неотложной форме,



обращение по поводу заболевания осуществляется с учетом количества условных единиц труда (УЕТ) в посещении (обращении).

Стоимость посещения при оказании стоматологической медицинской помощи с профилактической и иной целью, в неотложной форме, обращения по поводу заболевания по *i*-ой специальности ( $S_{\text{стом}i}$ ) рассчитывается по формуле:

$$S_{\text{стом}i} = T_{\text{баз\_ует}} * K_{\text{специ}} * N_{\text{ует}}$$

где

$T_{\text{баз\_ует}}$  – базовая стоимость УЕТ;

$K_{\text{специ}}$  – относительный коэффициент стоимости УЕТ по *i*-ой специальности;

$N_{\text{ует}}$  – количество УЕТ в посещении (обращении);

Количество УЕТ, выполненное в рамках посещения (обращения), определяется согласно рекомендуемому классификатору основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

2.1.4. Оплата за посещение в Центре здоровья при оказании медицинской помощи с профилактической целью осуществляется в случаях:

- проведения комплексного обследования (один раз в отчетном году),
- обращения для динамического наблюдения (повторное посещение).

Тарифы посещения в Центре здоровья при проведении комплексного обследования дифференцированы в зависимости от наличия в комплексном обследовании медицинских услуг гигиениста стоматологического и офтальмологического исследования.

Перечень медицинских организаций, имеющих Центры здоровья, приведен в приложении 4 к Тарифному соглашению.

2.1.5. Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется за законченный случай первого этапа диспансеризации и за посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа диспансеризации.

Стоимость законченного случая проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения включает в себя расходы на проведение осмотра врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового лечебного участка, врачом общей практики), расходы на проведение лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с Приказом МЗ РФ от 03.02.2015 № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате по тарифу законченного случая диспансеризации в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема врача-терапевта (врача терапевта-участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача)), число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, должно составлять не более 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина.

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 исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации считается завершенным, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия). В этом случае стоимость законченного случая первого этапа диспансеризации рассчитывается исходя из тарифов осмотров, исследований, иных медицинских мероприятий, предусмотренных для соответствующего возраста и пола гражданина, и фактически выполненных в рамках первого этапа диспансеризации.

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

Если выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют менее 85% от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра пациента определенной половозрастной категории, оплата осуществляется по тарифу посещения с профилактической и иной целью.

Для оплаты второго этапа диспансеризации настоящим Тарифным соглашением устанавливаются тарифы посещения, единые для всех медицинских организаций, которые включают в себя расходы на проведение осмотра врачом-специалистом и расходы на проведение необходимых дополнительных исследований в соответствии с Приказом МЗ РФ от 03.02.2015 № 36ан.

2.1.6. Оплата профилактического медицинского осмотра взрослого населения осуществляется по тарифу законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра.

Тариф законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения включает в себя расходы на проведение осмотра врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового лечебного участка, врачом общей практики) и расходы на проведение лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с приказом МЗ РФ от 06.12.2012 № 1011н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра".

2.1.7. Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляется по тарифам за законченный случай первого этапа диспансеризации и за посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа диспансеризации.

Тариф законченного случая проведения первого этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, включает в себя расходы на проведение осмотра врачом-педиатром участковым (врачом-педиатром, врачом-педиатром городским (районным), врачом общей практики), проведение осмотров врачами-специалистами (врачом-неврологом, врачом-офтальмологом, врачом - детским хирургом, врачом-оториноларингологом, врачом-акушером-гинекологом (врачом-детским урологом-андрологом), врачом-травматологом-ортопедом, врачом-стоматологом детским (с возраста 3 лет), врачом - детским эндокринологом (с возраста 5 лет), расходы на проведение лабораторных, инструментальных и иных исследований, согласно Перечню осмотров и исследований в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и приказом МЗ РФ 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». Отдельно посещения к врачам-специалистам не оплачиваются.

Посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, оплачиваются по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам посещений с профилактической и иной целью в зависимости от врачебной специальности и уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

2.1.8. Оплата медицинских осмотров несовершеннолетних, осуществляется по тарифам за законченный случай первого этапа проведения медицинского осмотра и за посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа профилактического и предварительного медицинского осмотра.

Тарифы законченного случая проведения первого этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, проведения первого этапа предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних, посещения при проведении периодического осмотра несовершеннолетних

включают в себя расходы на проведение осмотров врачами-специалистами (врачом-педиатром участковым (врачом-педиатром, врачом-педиатром городским (районным), врачом общей практики), врачом-неврологом, врачом-офтальмологом, врачом-детским хирургом, врачом-оториноларингологом, врачом-акушером-гинекологом (врачом-детским урологом-андрологом), врачом-травматологом-ортопедом, врачом-стоматологом детским, врачом-детским эндокринологом) и выполнение лабораторных, инструментальных и иных исследований в объеме согласно приложению №1 к Порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1346н "О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них".

Посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа профилактического и предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних оплачиваются по установленным тарифам посещений с профилактической и иной целью в зависимости от врачебной специальности и уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

2.1.9. Оплата за отдельную медицинскую услугу осуществляется в случаях оказания услуги компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной терапии (МРТ) в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи в приёмном отделении стационара медицинской организации без дальнейшей госпитализации, по утвержденным тарифам без учета уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

Тарифы на медицинские услуги КТ и МРТ дифференцированы в зависимости от наличия/отсутствия внутривенного контрастирования и способа введения контрастного вещества: вручную или с использованием механического шприца-инжектора вне зависимости от объема вводимого контрастного вещества.

Перечень медицинских услуг КТ и МРТ, оплачиваемых по отдельным тарифам, приведен в приложении 5 к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за медицинскую услугу КТ и /или МРТ, приведен в приложении 6 к Тарифному соглашению.

Оплата медицинских услуг КТ и МРТ, проводимых в период пребывания пациента в стационаре (дневном стационаре), осуществляется в составе оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ).



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

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

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в приложении 7 к Тарифному соглашению.

2.2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Территориальную программу ОМС, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи.

Если в период лечения в круглосуточном стационаре пациенту выполнялись процедуры диализа, то дополнительно к стоимости лечения по КСГ производится оплата выполненных услуг диализа. При этом стоимость услуг диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

2.2.3. Основными критериями отнесения законченного случая лечения пациента к конкретной клинико-статистической группе являются код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10 пересмотр» (МКБ-10) и код услуги (хирургической операции или другой применяемой медицинской технологии) (при наличии) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 №1664н.

В качестве дополнительных критериев отнесения к КСГ используются следующие признаки:

- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код услуги);
- код сопутствующего диагноза или осложнения заболевания (код по МКБ-10);
- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- возраст и пол пациента;
- длительность пребывания в стационаре.

Отнесение случая лечения в стационаре к конкретной КСГ на основе основных и дополнительных критериев группировки осуществляется в соответствии с Рекомендациями ФФОМС и МЗ РФ по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо МЗ РФ от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7938 и письмо ФФОМС от 24.12.2015 №8089/21-и) и Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев.

2.2.4. В ряде случаев, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратно по КСГ, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратно по терапевтической группе, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, оплата может осуществляться по терапевтической группе. Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ, для которых отнесение случая к КСГ должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры:

Комбинации КСГ, при которых выбор КСГ осуществляется на основе кода номенклатуры			
Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по коду услуги	Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по коду диагноза
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов
73	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	18	Воспалительные заболевания кишечника
74	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	18	Воспалительные заболевания кишечника
154	Операции на органе зрения (уровень 1)	160	Болезни глаза
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)	280	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые

281	Операции на органах полости рта (уровень 1)	188	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети
226	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	223	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов
34	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	225	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов
237	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	252	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани

#### 2.2.5. Особенности формирования отдельных групп:

2.2.5.1. При отнесении к КСГ №216 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» (основной критерий отнесения: код диагноза по МКБ-10), используются дополнительные критерии отнесения: комбинация диагнозов плюс диагноз, характеризующий тяжесть состояния. В эту группу относятся травмы в 2 и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ) или один диагноз множественной травмы и травмы в нескольких областях тела + 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.

2.2.5.2. КСГ по профилю «Комбустиология» (ожоговые группы) формируются методом комбинации двух диагнозов, один из которых характеризует степень ожога, а другой - площадь ожога. Исключением являются ожоги дыхательной системы (коды МКБ-10), при наличии которых случай относится к КСГ 278 Ожоги (уровень 4) независимо от степени и площади ожога туловища. Ожоги других внутренних органов относятся к КСГ иных профилей, например, диагноз T28.5 «Химический ожог рта и глотки» будет отнесен к КСГ 192 «Другие болезни органов пищеварения, взрослые»

2.2.5.3. При отнесении случая к КСГ 45 (основной критерий отнесения: код операции, дополнительные критерии: возраст и сопутствующий диагноз), для доношенных детей критерием новорожденности является возраст не более 28 дней. Для недоношенных детей (недоношенность обозначается кодами МКБ 10 сопутствующего диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2,

P07.3) отнесение к данной группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения. Дети возрастом от 90 дней до года классифицируются по тем же операциям в КСГ 44.

2.2.5.4. Отнесение к КСГ 107 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций» производится по кодам номенклатуры A16.09.011.003 «Высоочастотная искусственная вентиляция легких», A16.09.011.004 «Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция легких» или A16.09.011.002 «Неинвазивная искусственная вентиляция легких» в зависимости от дополнительного критерия отнесения – возраст следующим образом:

- если новорожденный ребенок характеризуется нормальной массой тела при рождении, но страдает заболеванием, требующем использования искусственной вентиляции легких. В этом случае критерием новорожденности является возраст не более 28 дней;

- если ребенок имел при рождении низкую массу тела, но госпитализируется по поводу другого заболевания, требующего использования искусственной вентиляции легких. В этом случае отнесение к данной группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения; должен быть указан основной диагноз (являющийся поводом к госпитализации) и сопутствующий диагноз - недоношенность (обозначается кодами МКБ 10 диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3).

2.2.5.5. Отнесение к КСГ 4 «Родоразрешение» вне зависимости от основного диагноза производится по коду любой из трех услуг:

V01.001.009 «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом»,

V02.001.002 «Ведение физиологических родов акушеркой»,

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

Если при наличии диагноза класса XV.Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью».

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ (по отделению патологии и родовому отделению) возможна в случае пребывания в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более.

КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только



медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

2.2.5.6. Отнесение случаев к группам, относящимся к химиотерапии, осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» и одного из следующих кодов Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A25.30.014	Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей
A25.30.032	Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых
A25.30.032.001	Назначение лекарственной терапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых
A25.30.034.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых

Услуга назначения лекарственной терапии выбирается в соответствии с применяемым лекарственным препаратом и его принадлежностью к группе лекарственных средств согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации.

При этом за законченный случай принимается курс химиотерапевтического лечения, выполненный в период одной госпитализации.

2.2.5.7. Отнесение случаев к КСГ 295 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии» на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» и одного из следующих кодов номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A25.09.001.001	Назначение лекарственной терапии с применением прочих препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для системного применения
A25.01.001.001	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях кожи
A25.01.001.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи
A25.04.001.001	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
A25.04.001.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
A25.18.001.001	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки

A25.18.001.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов интерлейкина при заболеваниях толстой кишки
----------------	--

Услуга назначения лекарственной терапии выбирается в соответствии с применяемым лекарственным препаратом и его принадлежностью к группе лекарственных средств согласно АТХ-классификации.

2.2.6. Стоимость одного случая лечения в стационаре (Sгосп) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$S_{\text{госп}} = T_{\text{стац}} * K_3 * K_{\text{ур}} * K_{\text{упр}} * K_{\text{слп}} * K_{\text{свк}} + T_{\text{д}} * N_{\text{д}}$$

где:  $T_{\text{стац}}$  - средняя стоимость законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка),

$K_3$  - коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, характеризует затратоемкость клинико-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке;

$K_{\text{ур}}$  - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент, применяется ко всем КСГ, за исключением перечня, определенного в п.2.2.7 Тарифного соглашения;

$K_{\text{упр}}$  - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается с целью регулирования уровня госпитализаций, уменьшения количества непрофильных госпитализаций, стимулирования развития применения современных эффективных технологий;

$K_{\text{слп}}$  - коэффициент сложности лечения пациента, учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях;

$K_{\text{свк}}$  - коэффициент оплаты сверхкоротких случаев лечения;

$T_{\text{д}}$  - тариф на услугу проведения процедуры диализа (гемодиализа, перитонеального диализа);

$N_{\text{д}}$  - количество услуг гемодиализа (дней обмена перитонеального диализа), проведенных в рамках законченного случая лечения пациента в условиях стационара.

2.2.7. Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены в коэффициенте затратоемкости, при оплате медицинской помощи по ряду КСГ не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи (устанавливается равным 1,0). Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, приведен ниже.

Код КСГ	Наименование КСГ
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
29	Легкие дерматозы

83	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
84	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина
95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
153	Ремонт и замена речевого процессора
189	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
191	Болезни желчного пузыря
193	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
194	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, (уровень 1)
198	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
224	Болезни предстательной железы
237	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
247	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
253	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
265	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
266	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
267	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
268	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
269	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
299	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

2.2.8. Коэффициент сложности лечения пациента (Кслп) применяется в следующих случаях лечения пациентов в стационарных условиях:

- при лечении пациентов в возрасте старше 75 лет;
- при лечении пациентов в возрасте до 4 лет;
- при предоставлении спального места и питания одному из родителей (законному представителю) при совместном нахождении с ребенком в медицинской организации при оказании ребенку медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- при сверхдлительных сроках госпитализации (Ксвдл), обусловленных медицинскими показаниями, значение определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней:

$K_{свдл} = 1 + (ФКД - НКД) / НКД * K_{дл}$ , где

$K_{дл}$  - коэффициент длительности, устанавливаемый в размере 0,25;

ФКД - фактическое количество койко-дней;

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

При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ, при которых критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 45 дней:

№ КСГ	Наименование КСГ
44	Детская хирургия, уровень 1
45	Детская хирургия, уровень 2
105	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
106	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
142	Лучевая терапия, уровень затрат 2
143	Лучевая терапия, уровень затрат 3
216	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
260	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
261	Панкреатит, хирургическое лечение
279	Ожоги (уровень 5)

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями, рассчитанное значение  $K_{слп}$ , исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

2.2.9. К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее. При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение или либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ не проводилось, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз).

По следующим КСГ коэффициент оплаты сверхкоротких случаев лечения не применяется (устанавливается равным 1) и оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:



Код КСГ	Наименование КСГ
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок
83	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
84	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина
97	Сотрясение головного мозга
140	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
148	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
149	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
153	Ремонт и замена речевого процессора
154	Операции на органе зрения (уровень 1)
155	Операции на органе зрения (уровень 2)
179	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
200	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
252	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)
295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
299	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

2.2.10. К прерванным случаям лечения относятся случаи, когда результат госпитализации не достигнут (лечение прервано по инициативе пациента, лечение прервано по инициативе медицинской организации, самовольно прерванное лечение).

Оплата прерванных случаев лечения осуществляется по тарифу койко-дня в зависимости от количества фактически проведенных койко-дней в стационаре. Стоимость прерванного случая лечения (СТпрерв) рассчитывается по формуле:

$$\text{СТпрерв} = \text{Ткдн} * \text{Кдн} + \text{Тд} * \text{Нд},$$

где

Ткдн - стоимость одного койко-дня для оплаты прерванных случаев;

Кдн - фактическое количество койко-дней,

Тд – тариф на услугу проведения процедуры диализа (гемодиализа, перитонеального диализа);

Нд – количество услуг гемодиализа (дней обмена перитонеального диализа), проведенных в рамках законченного случая лечения пациента.

Если стоимость прерванного случая лечения, рассчитанная исходя из тарифа койко-дня и фактически проведенных пациентом койко-дней (с учетом услуг гемодиализа), превышает стоимость случая лечения, определенную по КСГ, оплата прерванного случая осуществляется в соответствии с пунктом 2.2.6 Тарифного соглашения.

2.2.11. Оплата медицинской помощи при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), оплачивается как один случай по КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратоемкости, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Такие случаи оплачиваются по двум КСГ.

2.2.12. 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 Территориальной программе ОМС в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (Перечень). В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, или случай оказания ВМП является прерванным, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

2.2.13. Стоимость законченного случая лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи ( $S_{вмп}$ ) рассчитывается по формуле:

$$S_{вмп} = T_{вмпі},$$

где  $T_{вмпі}$  – тариф на оплату законченного случая лечения заболевания в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемый в соответствии с нормативами финансовых затрат по Территориальной программе обязательного медицинского страхования для  $i$ -той группы ВМП.

2.2.14. Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания медицинской реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза.

При этом выбор КСГ по медицинской реабилитации (КСГ 300-308) в стационаре возможен, если пациент нуждается в специализированном круглосуточном медицинском наблюдении.

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

2.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи:

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров, приведен в приложении 8 к Тарифному соглашению.

2.3.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением случаев оказания услуг диализа (гемодиализа, перитонеального диализа) без проведения дополнительного лечения.

В случае оказания услуг диализа (гемодиализа, перитонеального диализа) без проведения дополнительного лечения оплата осуществляется за услугу. Поправочные коэффициенты к стоимости услуг не применяются. Учитывая пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, за законченный случай лечения пациента принимается один месяц лечения в условиях дневного стационара.

Если во время лечения пациента в условиях дневного стационара ему оказывались услуги диализа, то дополнительно к стоимости лечения по КСГ производится оплата выполненных услуг диализа. При этом стоимость услуг диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

2.3.3. Отнесение случая лечения в дневном стационаре к конкретной КСГ осуществляется на основе основных и дополнительных критериев.

Основными критериями отнесения законченного случая лечения пациента к конкретной клинико-статистической группе являются код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10 пересмотр» (МКБ-10) и код услуги (хирургической операции или другой применяемой

медицинской технологии) (при наличии) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 №1664н.

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ для дневного стационара используются следующие признаки:

- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);
- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- возраст.

2.3.4. Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре ( $S_{госп}$ ) по системе КСГ определяется по следующей формуле:

$$S_{госп} = T_{дс} * K_3 * K_{ур} * K_{упр} * K_{свк} + T_{д} * N_{д}$$

где:  $T_{дс}$  - средняя стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка),

$K_3$  - коэффициент относительной затратоемкости КСГ, характеризующий затратоемкость клинико-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке;

$K_{ур}$  - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент.

$K_{упр}$  - управленческий коэффициент устанавливаемый с целью регулирования уровня госпитализаций, уменьшения количества непрофильных госпитализаций, стимулирования развития применения современных эффективных технологий;

$K_{свк}$  - коэффициент оплаты сверхкоротких случаев лечения.

$T_{д}$  – тариф на услугу проведения процедуры диализа (гемодиализа, перитонеального диализа);

$N_{д}$  – количество услуг гемодиализа (дней обмена перитонеального диализа), проведенных в рамках законченного случая лечения пациента в условиях дневного стационара.

2.3.5. Стоимость законченного случая лечения при проведении процедур диализа (гемодиализа, перитонеального диализа) без проведения дополнительного лечения в условиях дневного стационара рассчитывается по формуле:

$$C_{д} = T_{д} * N_{д},$$

где

$T_{д}$  – тариф на услугу проведения процедуры диализа (гемодиализа, перитонеального диализа);



Нд – количество услуг гемодиализа (дней обмена перитонеального диализа), проведенных в рамках законченного случая лечения пациента в условиях дневного стационара.

2.3.6. Отнесение к КСГ при хронических вирусных гепатитах (КСГ 21 Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия, КСГ 22 Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3, КСГ 23 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3 и КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4) производится по основному критерию отнесения – диагнозу по МКБ-10 с учетом наличия сопутствующего диагноза, а также проводимого лекарственного лечения в соответствии со следующими кодами Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A25.14.004.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1
A25.14.004.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеаз при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1
A25.14.004.003	Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1
A25.14.005.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 2
A25.14.006.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 3
A25.14.007.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4
A25.14.007.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеаз при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4
A25.14.007.003	Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4

Услуга назначения лекарственной терапии выбирается в соответствии с применяемым лекарственным препаратом и его принадлежностью к группе лекарственных средств согласно АТХ-классификации.

2.3.7. Оплата вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) осуществляется по тарифам законченного случая по соответствующей КСГ. Законченный случай включает в себя проведение четырех этапов (I, II, III и IV) в соответствии с Порядком организации проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС в медицинских организациях Удмуртской Республики, утвержденным распоряжением Министерства здравоохранения УР от 30.06.2015г. №360.

Прерванные случаи ЭКО (прерван после проведения I этапа, прерван после проведения I и II этапа, прерван после проведения I, II и III этапа) оплачиваются с применением коэффициента прерванного случая лечения.

2.3.8. Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания медицинской реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза, для пациентов, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении.

2.3.9. При сверхкоротких случаях лечения (с длительностью лечения 3 дня и менее), если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение или либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ не проводилось, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз).

По следующим КСГ коэффициент оплаты сверхкоротких случаев лечения не применяется (устанавливается равным 1) и оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

Код КСГ	Наименование КСГ
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)
7	Аборт медикаментозный
35	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
54	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
60	Ремонт и замена речевого процессора
71	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
109	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов

Оплата прерванных случаев лечения в дневном стационаре, за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), осуществляется аналогично п.2.2.10 Тарифного соглашения.

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

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

По отдельным тарифам оплачиваются:

1) вызовы скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики;

2) вызовы скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, и оплата скорой медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, приведен в приложении 9 к Тарифному соглашению.

2.4.2. Ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (ОФ\_мес) рассчитывается по формуле:

$$\text{ОФ\_мес} = \text{ПН} \times \text{Ккр} \times \sum(\text{Ч}_i \times \text{КПВ}_i),$$

где: ПН – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в месяц на одно застрахованное лицо, включающий статьи расходов в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования;

Ккр – коэффициент корректировки подушевого норматива финансирования, учитывающий изменение половозрастного состава численности застрахованного населения УР по состоянию на 1-ое число каждого месяца (Чтек) к численности застрахованного населения УР на 1 апреля предыдущего года (Чтп), рассчитывается ежемесячно на основе регистра застрахованных лиц Удмуртской Республики ( $\text{Ккр} = \text{Чтп} / (\sum(\text{Ч}_i \times \text{КПВ}_i))$ );

Ч<sub>i</sub> – численность i-ой половозрастной группы застрахованных в сфере ОМС УР, проживающих на территории, обслуживаемой МО, по состоянию на 1 число отчетного месяца;

КПВ<sub>i</sub> – коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи для i-ой половозрастной группы;

2.4.3. Оплата случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи осуществляется по утвержденным тарифам за вызов скорой медицинской помощи дополнительно к объему подушевого финансирования скорой медицинской помощи.

2.4.4. Случаи вызовов скорой медицинской помощи к одному и тому же больному в течение одного дня подлежат учету, оплате и обязательной последующей экспертизе со стороны СМО (ТФОМС УР).

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

#### **3.1. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:**

3.1.1. средний размер финансового обеспечения помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере 3 336,9 руб.

3.1.2. размер подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в размере 85,29 руб. Структура подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи представлена в приложении 10 к Тарифному соглашению;

3.1.3. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии с приложением 11 к Тарифному соглашению;

3.1.4. коэффициенты дифференциации расходов на ФАПы к подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи, учитывающие расходы на ФАПы, в соответствии с приложением 12 к Тарифному соглашению;

3.1.5. базовая стоимость посещений при оказании амбулаторной медицинской помощи (за исключением стоматологической) с профилактической и иной целью, в связи с заболеваниями и в неотложной форме, относительные коэффициенты стоимости посещений по специальностям и структура стоимости посещений в соответствии с приложением 13 к Тарифному соглашению;

3.1.6. базовая стоимость УЕТ при оказании стоматологической медицинской помощи, относительные коэффициенты стоимости УЕТ по специальностям и структура стоимости УЕТ, в соответствии с приложением 14 к Тарифному соглашению;

3.1.7. коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с приложением 15 к Тарифному соглашению;

3.1.8. тарифы и структура тарифов законченных случаев и посещений в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с приложением 16 к Тарифному соглашению;

3.1.9. тарифы и структура тарифов на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполняемые в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с приложением 17 к Тарифному соглашению;



3.1.10. тарифы и структура тарифов посещений Центра здоровья с целью проведения комплексного обследования или динамического наблюдения в соответствии с приложением 18 к Тарифному соглашению;

3.1.11. перечень хирургических операций, оплачиваемых при оказании амбулаторной медицинской помощи, в соответствии с приложением 19 к Тарифному соглашению;

3.1.12. тарифы и структура тарифов хирургических операций при оказании амбулаторной медицинской помощи в соответствии с приложением 20 к Тарифному соглашению;

3.1.13. тарифы и структура тарифов компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии при оказании амбулаторной медицинской помощи, в соответствии с приложением 21 к Тарифному соглашению.

### 3.2. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

3.2.1. средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере 4190,4 руб.;

3.2.2. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, управленческих коэффициентов и коэффициентов оплаты сверхкоротких случаев лечения для стационарных условий оказания медицинской помощи в соответствии с приложением 22 к Тарифному соглашению;

3.2.3. размер средней стоимости законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере 18755,7 руб. стоимость одного койко-дня для оплаты прерванных случаев по КСГ в размере 1913,8 руб.;

3.2.4. коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с приложением 23 к Тарифному соглашению;

3.2.5. коэффициенты сложности курации пациента, применяемые при оплате медицинской помощи в стационарных условиях, в соответствии с приложением 24 к Тарифному соглашению;

3.2.6. структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по клинико-статистическим группам заболеваний в соответствии с приложением 25 к Тарифному соглашению;

3.2.7. тарифы и структура тарифов на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов

высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с приложением 26 к Тарифному соглашению.

3.3. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, устанавливаются:

3.3.1. средний размер финансового обеспечения стационарозамещающей медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере 742,0 руб.;

3.3.2. перечень клинко-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, управленческих коэффициентов и коэффициентов оплаты сверхкоротких случаев лечения для условий дневного стационара, в соответствии с приложением 27 к Тарифному соглашению;

3.3.3. размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере 7680,3 руб., стоимость пациенто-дня для оплаты прерванных случаев лечения пациента в дневном стационаре в размере 903,6 руб.

3.3.4. коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров в соответствии с приложением 28 к Тарифному соглашению;

3.3.5. структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, по клинко-статистическим группам заболеваний в соответствии с приложением 29 к Тарифному соглашению.

3.3.6. тарифы и структура тарифов на услуги гемодиализа и перитонеального диализа в соответствии с приложением 30 к Тарифному соглашению.

3.3.7. коэффициенты прерванного случая ЭКО:

для случаев, прерванных после проведения I этапа ЭКО в размере 0,64;

для случаев, прерванных после проведения I и II этапа ЭКО в размере 0,72;

для случаев, прерванных после проведения I, II и III этапа ЭКО в размере 0,9.

3.4. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.4.1. средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере 562,1 руб.;

3.4.2. размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в размере 45,04 руб. в месяц;

3.4.3. тариф вызова скорой медицинской помощи без проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики в размере 1829,0 руб.;

3.4.4. тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи в размере 67 745,0 руб.;

3.4.5. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 31 к Тарифному соглашению;

3.4.6. структура подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и структура тарифов вызова скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 32 к Тарифному соглашению.

#### **4. Размеры 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**

4.1. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с приложением 33 к Тарифному соглашению.

#### **5. Заключительные положения**

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2016 г. Действие Тарифного соглашения прекращается с момента принятия нового Тарифного соглашения.

5.2. При наличии объективных причин установленные тарифы могут изменяться в течение года путем принятия Дополнений к данному Тарифному соглашению.

#### **ПОДПИСИ СТОРОН**

Заместитель Председателя Правительства  
Удмуртской Республики, председатель  
Комиссии



Кузнецов А.Л.

Министр здравоохранения УР, заместитель  
председателя Комиссии

Чуршин А.Д.

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Удмуртской Республики, заместитель  
председателя Комиссии

Шадрин С.Г.

Заместитель директора Территориального  
фонда обязательного медицинского страхования  
Удмуртской Республики, секретарь Комиссии

Олонова Л.А.

Заместитель министра финансов Удмуртской  
Республики- начальник Бюджетного управления  
Министерства финансов Удмуртской  
Республики

Сухих В.Н.

Директор филиала ООО «Страховая компания  
«Ингосстрах-М» в г. Ижевске

Горина А.В.

Директор филиала ООО «РГС-Медицина»  
- «Росгосстрах-Удмуртия-Медицина»

Кирилина Н.В.

Председатель профсоюзного комитета БУЗ УР  
"ГКБ №9 МЗ УР", член Республиканского  
комитета Удмуртской республиканской  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

Кузнецова Н.Н.

Председатель Удмуртской Республиканской  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

Попова О.П.

Главный врач БУЗ УР «Завьяловская районная  
больница МЗ УР, председатель общественной  
организации «Ассоциация главных врачей УР»

Савельев В.С.

Главный врач БУЗ УР «Вавожская районная  
больница МЗ УР"», член Ассоциации главных  
врачей Удмуртской Республики

Селиванов А.Б.