

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Удмуртской Республики на 2020 год

г.Ижевск

« 27» декабря 2019 года

Представители:

органа исполнительной власти в лице заместителя Председателя Правительства Удмуртской Республики Муталенко Анастасии Александровны, и.о.министра здравоохранения Удмуртской Республики Щербака Георгия Олеговича;

Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (ТФОМС УР) в лице директора ТФОМС УР Митрошина Павла Вячеславовича, 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 филиала ООО "Капитал МС" в Удмуртской Республике Кирилиной Натальи Викторовны;

медицинских профессиональных некоммерческих организаций в лице председателя Совета общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников" Марданова Дмитрия Нургаяновича, члена общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников"Савельева Валерия Семеновича;

профессиональных союзов медицинских работников в лице председателя Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации (УРО ПРЗ РФ) Поповой Ольги Пантелеевны, главного специалиста по оплате труда УРО ПРЗ РФ Симоновой Веры Ивановны,

именуемые в дальнейшем Сторонами, на основании Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «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 Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, 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 (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,

постановление Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» от 07.12.2019г. № 1610,

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»,

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»,

приказ Федерального фонда обязательного страхования от 21.11.2018 №247 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,

письмо МЗ РФ от 12.12.2019 г. № 11-7/И/2-11779 и ФФОМС от 12.12.2019 г. № 17033/26-2/и "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования" (далее - Методические рекомендации МЗ РФ и ФФОМС),

письмо Минздрава России от 24.12.2019г. №11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»,

проект постановления Правительства Удмуртской Республики «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»

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. Структура тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

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

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

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 1** к Тарифному соглашению.

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

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации осуществляется в случаях:

2.1.2. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (ПНФ) осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи по специальностям, приведенным в **приложении 2** к Тарифному соглашению, в плановой форме, включая расходы на медицинскую помощь в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, хирургические операции, выполненные в рамках посещения (обращения), лабораторные и другие лечебно-диагностические исследования (за исключением услуг, оплачиваемые по отдельным тарифам), включая оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (медицинскими комплексами), доабортное консультирование беременных женщин медицинскими психологами (психологами, специалистами по социальной работе), проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на оплату:

- фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктов;
- медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, не включенными в перечень, приведенный в **приложение 2** к Тарифному соглашению;
- мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки которых установлены нормативно-правовыми актами;
- медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;
- посещений в Центрах здоровья;
- медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования, сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований, молекулярно-генетические исследования, диализа);
- медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения.
- 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 (за исключением медицинских организаций 3 уровня).

Ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц определяется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным для каждой МО в соответствии с Методикой определения подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях и расчет объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций, приведенной в **приложении 3** к Тарифному соглашению.

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

$$\text{ОФ}_{\text{мес}} = \text{Спф} + \text{Сву1} - \text{Сву} + \text{Свс} + \text{Сн} + \text{Сстом} + \text{Сдисп} + \text{Сцз} + \text{Сд} + + \\ + \text{Сусл} + \text{Снн} + \text{Сфап} + \text{Смтр},$$

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;

Сн – оплата медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;

Сстом – оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами стоматологической медицинской помощи;

Сдисп – оплата диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения;

Сцз – оплата медицинской помощи, оказанной в Центре здоровья;

Сд – оплата медицинских услуг диализа в амбулаторных условиях;

Сусл – оплата прочих медицинских услуг, проводимых в амбулаторных условиях, и оплачиваемых по отдельным тарифам;

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

Сфап – размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

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.

2.1.3. При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за обращение (законченный случай) тариф за единицу объема является единым для всех медицинских организаций, включенных в один уровень оказания медицинской помощи.

Стоимость одного посещения по оказанию помощи **в неотложной форме** по i -ой специальности ($S_{неот\ i}$) (за исключением стоматологической медицинской помощи) для оплаты медицинской помощи рассчитывается по формуле:

$$S_{неот\ i} = T_{неот\ i} + \sum T_{хо}$$

где

$T_{неот\ i}$ – тариф посещения по оказанию амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме, по i -ой специальности для медицинских организаций соответствующего уровня оказания медицинской помощи;

$\sum T_{хо}$ – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках посещения при оказании помощи в неотложной форме.

Стоимость одного посещения **с профилактической и иной целью** (за исключением стоматологической медицинской помощи) по i -ой специальности (S_i), рассчитывается по формуле:

$$S_i = T_i + \sum T_{хо}$$

где

T_i - тариф посещения с профилактической и иной целью по i -ой специальности для медицинских организаций соответствующего уровня оказания медицинской помощи;

$\sum T_{хо}$ – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках посещения с профилактической и иной целью.

Оплата за обращение **по поводу заболевания** (законченный случай лечения) в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия.

Тариф обращения выбирается по специальности последнего посещения.

Стоимость обращения по поводу заболевания ($S_{обр}$) (за исключением стоматологической медицинской помощи) для оплаты медицинской помощи рассчитывается по формуле:

$$S_{обр} = T_{обр\ i} + \sum T_{хо}$$

где

$T_{обр\ i}$ – тариф обращения по поводу заболевания по оказанию амбулаторной медицинской помощи, по i -ой специальности для медицинских организаций соответствующего уровня оказания медицинской помощи;

$\sum T_{хо}$ – стоимость хирургических операций, выполненных в рамках посещения при оказании амбулаторной помощи по поводу заболевания.

2.1.4. Оплата стоматологической медицинской помощи осуществляется за посещение с профилактической и иной целью, в неотложной форме, обращение по поводу заболевания.

Учёт объема стоматологической помощи производится в соответствии с **приложением 4** к Тарифному соглашению.

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

$$S_{стом\ i} = T_{стом\ ij}$$

где

$T_{стом\ ij}$ – тариф при оказании стоматологической медицинской помощи по i специальности j цели посещения (обращения);

Тариф посещения неотложной стоматологической помощи, оказанной в вечернее и ночное время применяется для медицинских организаций, которым установлен соответствующий режим нормативными документами МЗ УР.

2.1.5. 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).

Перечень медицинских организаций, имеющих Центры здоровья, приведен в **приложении 1** к Тарифному соглашению.

2.1.6. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации осуществляется в случаях:

1) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в соответствии с порядками, утвержденными МЗ РФ, определенных групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме;

2) диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную и патронатную семью,

3) профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с порядком, утвержденным МЗ РФ;

Все виды диспансеризаций и медицинских осмотров могут осуществляться с помощью мобильных медицинских бригад.

2.1.6.1. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови в соответствии с приложением № 2 к Приказу Минздрава России от 13.03.2019 года №124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения".

2.1.6.2. Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния). Второй этап считается выполненным и подлежит оплате в случае осмотра врача-терапевта (врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового

врачебного участка, врача общей практики) с установлением группы здоровья с учетом выявленной патологии и заключений специалистов, дополнительных исследований в рамках второго этапа диспансеризации, а так же с учетом проведения индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования.

Стоимость законченного случая 2 этапа диспансеризации взрослого населения формируется с учетом выполненных услуг рассчитывается по формуле:

$$S_{дв2} = \sum T_{усл\ дв2}$$

где

$S_{дв2}$ – стоимость 2 этапа диспансеризации взрослого населения, оплачиваемого по услугам;

$T_{усл\ дв2}$ – тарифы на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполненные в рамках 2 этапа диспансеризации.

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

Тариф комплексного посещения проведения первого этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, включает в себя расходы на проведение осмотра врачами-специалистами и расходы на выполнение лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем 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».

В случае необходимости проведения дополнительных консультаций и исследований, не входящих в Перечень осмотров и исследований, диспансеризация считается завершенной (1 и 2 этап) при получении дополнительной информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего.

Тариф законченного случая проведения первого и второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей включает тариф комплексного посещения 1 этапа и стоимость посещения к врачам-специалистам 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.

2.1.6.4. Оплата профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних осуществляется по тарифам за комплексное посещение первого этапа проведения медицинского осмотра и за посещения к врачам-специалистам при проведении второго этапа профилактического медицинского осмотра.

Тарифы комплексного посещения проведения первого этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних включают в себя расходы на проведение осмотров врачами-специалистами и выполнение лабораторных, инструментальных и иных исследований в объеме предусмотренных приложением №1 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н.

В случае необходимости проведения дополнительных консультаций и исследований, не входящих в Перечень осмотров и исследований, медицинский осмотр несовершеннолетних считается завершенным (1-й и 2-й этап) при получении дополнительной информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего.

2.1.6.5. В случае проведения мобильными медицинскими бригадами, созданными в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.05.2012г. №543 " Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению", полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию, к тарифу комплексного посещения применяются повышающие коэффициенты:

при проведении профилактического осмотра и 1-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения - 1,1;

при проведении профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей - 1,05»

2.1.7. За медицинскую услугу осуществляется оплата диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, при наличии медицинских показаний и направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, и которого пациент выбрал в порядке прикрепления.

Ежедневно врачу предоставляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

При оказании пациенту нескольких услуг компьютерной томографии в один день, оплата осуществляется за случай медицинской помощи с учетом количества выполненных услуг компьютерной томографии.

Перечень медицинских организаций, которые проводят исследования, приведен в **приложении 1** к Тарифному соглашению.

2.1.8. При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу - одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. При проведении гемодиализа в амбулаторных условиях планируется и учитывается как 1 обращение по заболеванию в месяц, оплачивается с учётом количества фактически проведённых за месяц процедур (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца). Ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца планируются в услугах (в среднем 30 услуг, в зависимости от календарного месяца и начала оказания услуги). Для оплаты услуг диализа Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оплату диализа (код услуги A18.05.002 «Гемодиализ» и код услуги A18.30.001 "Перитонеальный диализ") и коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые для расчета стоимости прочих услуг диализа к установленным Тарифным соглашением базовым тарифам на оплату диализа.

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

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний (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, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в **приложении 5** 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;

- услуг диализа, включающих различные методы.

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи. При этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретному профилю медицинской помощи не учитывается. Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

2.2.3. Критериями отнесения законченного случая лечения пациента к конкретной клинко-статистической группе являются:

- диагноз (код по МКБ-10);
 - хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н (далее -Номенклатура услуг)).

- схема лекарственной терапии;
 - МНН лекарственного препарата;
 - сопутствующий диагноз или диагноз осложнения заболевания (код по МКБ-10);

- оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у

пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

- длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;

- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

- возраст и пол пациента;

- длительность лечения.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации.

2.2.4. Отнесение случая лечения в стационаре к конкретной КСГ на основе основных и дополнительных критериев группировки осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями ФФОМС и МЗ РФ и Инструкцией ФФОМС по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (вместе с Расшифровкой КСГ в соответствии с МКБ 10, Номенклатурой услуг и дополнительными квалификационными критериями для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара (письмо ФФОМС от 12.12.2019 №17151/26-1/и).

В ряде случаев, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратно группа, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратно группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата может осуществляться по группе, сформированной по диагнозу. Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги.

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
	1)				
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	st21.007	Болезни глаза	0,51
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79

2.2.5. Стоимость законченного случая лечения по КСГ ($СС_{КСГ}$) в стационаре определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС * КЗ_{КСГ} * ПК,$$

где: БС – размер средней стоимости законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка),

$КЗ_{КСГ}$ - коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, характеризует затратоемкость клинико-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК - поправочный коэффициент оплаты по КСГ.

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 (в ред. от 18.10.18) "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", является единым для всей территории Удмуртской Республики (1,105) и учитывается в базовой ставке.

Поправочный коэффициент оплаты по КСГ (ПК) для конкретного случая рассчитывается по формуле:

$$ПК = КУ * КУС * КСЛП,$$

где: КУ - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, используется для обеспечения баланса в системе финансирования. Значения управленческого коэффициента в условиях

стационара установлены в **приложении 28** к Тарифному соглашению, с учетом перечней КСГ, определенных п.2.2.7 и п.2.2.8. К КСГ по профилю "онкология" и "детская онкология" управленческий коэффициент не применяется (устанавливается равным 1).;

КУС - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент, применяется ко всем КСГ, за исключением перечня, определенного в п.2.2.6 Тарифного соглашения;

КСЛП – суммарное значение коэффициентов сложности лечения пациента, учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

2.2.6. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Средние значения коэффициентов уровня и границы подуровня оказания медицинской помощи регламентируются Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС. Значения коэффициентов уровня в условиях стационара установлены в **приложении 29** к Тарифному соглашению. Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены в коэффициенте затратоемкости, при оплате медицинской помощи по ряду КСГ коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи не применяется (устанавливается равным 1,0). Перечень КСГ в условиях стационара, для которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, приведен ниже:

№ КСГ	Наименование КСГ
st01.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.006	Послеродовой сепсис
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st06.003	Легкие дерматозы
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)

st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st15.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st16.005	Сотрясение головного мозга
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.002	Переломы шейки бедра и костей таза
st29.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
st29.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы
st29.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.004	Болезни предстательной железы
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)

st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)

2.2.7. Перечень КСГ в условиях стационара, для которых не может применяться понижающий управленческий коэффициент в связи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы приведен ниже:

Код КСГ	Наименование КСГ
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.003	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций

2.2.8. Перечень КСГ в условиях стационара, для которых не может применяться повышающий управленческий коэффициент, так как лечение по данным группам может быть в подавляющем случае выполнено с применением стационарозамещающих технологий либо амбулаторно, приведен ниже:

Код КСГ	Наименование КСГ
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st06.003	Легкие дерматозы
st12.001	Кишечные инфекции, взрослые
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st30.004	Болезни предстательной железы
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы

2.2.9. Перечень коэффициентов сложности лечения пациента (Кслп) применяемые при оплате медицинской помощи в стационарных условиях приведен в **приложении 30** к Тарифному соглашению.

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
st10.001	Детская хирургия, уровень 1
st10.002	Детская хирургия, уровень 2
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st33.007	Ожоги (уровень 5)

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039-st19.055, ds19.001-ds19.015), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Суммарное значение коэффициентов сложности лечения пациента (Кслп), применяемых при наличии нескольких критериев, рассчитывается по формуле:

$$\text{Кслп} = \text{Кслп}_1 + (\text{Кслп}_2 - 1) + (\text{Кслп}_n - 1)$$

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

2.2.10. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи, к которым относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, а также при длительности госпитализации менее 3 дней включительно, осуществляется в следующем порядке.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

Конкретная доля оплаты прерванных случаев в разрезе КСГ в условиях стационара установлена в **приложении 28** к Тарифному соглашению.

Перечень КСГ в стационаре, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (исключительные случаи):

Код КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st05.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
st05.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*

Код КСГ	Наименование КСГ
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
st05.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
st05.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st05.011	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.056	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.057	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.058	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)

Код КСГ	Наименование КСГ
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)

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

2.2.11. Оплата прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях и лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапии производится в следующем порядке:

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

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

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

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

2.2.12. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной),

если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ с учетом установленных правил оплаты прерванных случаев.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

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;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
- родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением;
- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

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

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

Дополнительным квалификационным критерием отнесения к КСГ служит оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Удмуртской Республике.

При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении пациента в круглосуточный или дневной стационар. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

2.2.14. В стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

2.2.15 Если в период лечения в круглосуточном стационаре пациенту выполнялись процедуры диализа, то оплата выполненных услуг диализа производится дополнительно к стоимости лечения по КСГ, являющейся поводом для госпитализации. При этом стоимость услуг диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ (коэффициент уровня, управленческий коэффициент, коэффициент сложности лечения пациента) к стоимости услуг диализа не применяются. При этом в период лечения пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

2.2.16. 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, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках

специализированной медицинской помощи исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

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.

2.3. 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);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в **приложении 6** к Тарифному соглашению.

2.3.2. Общие правила отнесения случая лечения к конкретной КСГ в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном стационаре.

Критериями отнесения законченного случая лечения пациента к конкретной клинико-статистической группе являются:

- диагноз (МКБ-10);
- хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н (Номенклатура услуг)).
- схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- сопутствующий диагноз (код по МКБ-10);
- шкала реабилитационной маршрутизации;

- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- возраст и пол пациента.

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

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ		Однозначный выбор в отсутствии оказанной услуги	
Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по коду услуги	Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по коду диагноза
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)	ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода

2.3.3. Стоимость законченного случая лечения по КСГ (СС_{КСГ}) в дневном стационаре определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС * КЗ_{КСГ} * ПК,$$

где: БС - размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка),

КЗ_{КСГ} - коэффициент относительной затратно КСГ, характеризующий затратно клинко-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке;

ПК - поправочный коэффициент оплаты по КСГ.

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 (в ред. от 18.10.18) "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", является единым для всей территории Удмуртской Республики (1,105) и учитывается в базовой ставке.

Поправочный коэффициент оплаты по КСГ (ПК) для конкретного случая рассчитывается по формуле:

$$ПК = КУ * КУС * КСЛП,$$

где КУ- управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, используется для обеспечения баланса в системе финансирования;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, применяемый при оплате случаев экстракорпорального оплодотворения.

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

2.3.4. В связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в дневных стационарах медицинских организаций Удмуртской Республики коэффициент уровня оказания медицинской помощи для условий дневного стационара (КУ) не применяется (устанавливается в значении 1).

2.3.5. Значения управленческого коэффициента в условиях дневного стационара установлены в **приложении 32** к Тарифному соглашению. К КСГ по профилю "онкология" и "детская онкология" управленческий коэффициент не применяется (устанавливается равным 1).

2.3.6. Коэффициент сложности лечения пациента (КУС), применяется при оплате случаев экстракорпорального оплодотворения. Значения коэффициентов установлены в **приложении 33** к Тарифному соглашению

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

- I. Стимуляция суперовуляции;
- II. Получение яйцеклетки;
- III. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
- IV. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, при оплате случаев проведения экстракорпорального оплодотворения применяется коэффициент сложности лечения пациентов в следующем порядке.

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 ds 02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), I-II этапов (получение яйцеклетки), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов, к КСГ ds02.005 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.

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.005 с применением КСЛП в размере 0,19.

2.3.7. В условиях дневного стационара для оплаты процедур диализа, включающего различные методы, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу диализа в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание. При этом в период лечения пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

Стоимость услуг диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым при необходимости дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Учитывая особенности оказания услуг диализа, а также пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, за законченный случай лечения пациента в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

Стоимость услуг диализа (Сд), выполненных в рамках законченного случая лечения в условиях стационара и дневного стационара рассчитывается по формуле:

$$Сд = Тд * Кз * Нд,$$

где $Тд$ – базовый тариф на оплату диализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ»);

$Кз$ – коэффициент относительной затратоемкости для оплаты услуг диализа;

$Нд$ – количество услуг гемодиализа, проведенных в рамках законченного случая лечения пациента.

2.3.8. Оплата медицинской реабилитации в условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с **п.2.2.13** Тарифного соглашения с учетом дополнительного квалификационного критерия отнесения к КСГ - оценка состояния пациента 2 или 3 по ШРМ.

2.3.9. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в дневном стационаре осуществляется в порядке согласно **п.2.2.10** и **п.2.2.11** Тарифного соглашения. Конкретная доля оплаты прерванных случаев в разрезе КСГ в условиях дневного стационара установлена в **приложении 32** к Тарифному соглашению. Перечень КСГ в условиях дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (исключительные случаи):

Код КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*

Код КСГ	Наименование КСГ
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
ds19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)

2.3.11. Оплата медицинской помощи при переводе пациента в пределах одной медицинской организации из одного отделения дневного стационара в другое осуществляется аналогично п.2.2.12 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 7** к Тарифному соглашению.

2.4.2. Ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, определяется в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, приведенной в **приложении 8** к Тарифному соглашению.

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 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 **4 783,9 руб.**

3.1.2. размер подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи **1668 руб. в год (139 руб. в месяц)**

3.1.3. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии с **приложением 9** к Тарифному соглашению;

3.1.4. коэффициенты подуровней при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в соответствии с **приложением 10** к Тарифному соглашению»;

3.1.5. дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в разрезе медицинских организаций, в соответствии с **приложением 11** к Тарифному соглашению;

3.1.5. перечень медицинских организаций с коэффициентами дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, в соответствии с **приложением 12** к Тарифному соглашению»;

3.1.6. количество и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, в соответствии с **приложением 13** к Тарифному соглашению;

3.1.7. перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения и информации о соответствии/несоответствии требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, в соответствии с **приложением 14** к Тарифному соглашению;

3.1.8. тарифы посещений, обращений на оплату амбулаторной медицинской помощи, тарифы посещений, обращений при оказании стоматологической медицинской помощи, в соответствии с **приложением 15** к Тарифному соглашению»;

3.1.9. тарифы комплексного посещения в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения, включая тарифы на оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами», в соответствии с **приложением 16** к Тарифному соглашению;

3.1.10. тарифы на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполняемые в рамках 1-го этапа и 2-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения», в соответствии с **приложением 17** к Тарифному соглашению;

3.1.11. тарифы посещений Центра здоровья с целью проведения комплексного обследования или динамического наблюдения, в соответствии с **приложением 18** к Тарифному соглашению;

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

3.1.13. тарифы хирургических операций при оказании амбулаторной медицинской помощи, в соответствии с **приложением 20** к Тарифному соглашению;

3.1.14. перечень тарифов на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований, молекулярно-генетические исследования, в соответствии с **приложениями 21-26** к Тарифному соглашению.

3.1.15. базовый тариф и коэффициенты к базовому тарифу для оплаты диализа, в соответствии с **приложением 27** к Тарифному соглашению. (применяется также для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара).

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 **6 300,4** руб.;

3.2.2. размер средней стоимости законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере **24 933,1** руб.;

3.2.3. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и управленческих коэффициентов для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, в соответствии с **приложением 28** к Тарифному соглашению;

3.2.4. коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с **приложением 29** к Тарифному соглашению;

3.2.5. коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые при оплате медицинской помощи в стационарных условиях, в соответствии с **приложением 30** к Тарифному соглашению;

3.2.6. тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с **приложением 31** 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 **1 404,1** руб.;

3.3.2. размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере **13 561,27** руб.;

3.3.3. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и управленческих коэффициентов для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в соответствии с **приложением 32** к Тарифному соглашению;

3.3.4. коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара, в соответствии с **приложением 33** к Тарифному соглашению;

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 **763,87** руб.;

3.4.2 размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи **745,44** в год (62,12 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 **2 683,60** руб.;

3.4.4. тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи в размере **62 684** руб.;

3.4.5. половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в соответствии с **приложением 34** к Тарифному соглашению;

3.4.6. средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в соответствии с **приложением 35** 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 36** к Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие с **01.01.2020 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.

5.3. Тарифное соглашение от 20.12.2018г. (со всеми Приложениями к нему) признать утратившим силу.

ПОДПИСИ СТОРОН

Заместитель Председателя Правительства
Удмуртской Республики, председатель
Комиссии

Муталенко А.А.

И.о. министра здравоохранения Удмуртской
Республики

Щербак Г.О.

Директора ТФОМС УР

Митрошин П.В.

Заместитель директора ТФОМС УР,
секретарь Комиссии

Олонова Л.А.

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

Горина А.В.

Директор филиала ООО «Капитал МС»
в Удмуртской Республике

Кирилина Н.В.

Председатель Удмуртской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации
(УРО ПРЗ РФ)

Попова О.П.

Главный специалист по оплате труда
УРО ПРЗ РФ

Симонова В.И.

Председателя Совета общественной
организации "Медицинская палата
Удмуртской Республики по защите прав и
интересов медицинских работников"

Марданов Д.Н.

Член общественной организации
"Медицинская палата Удмуртской
Республики по защите прав и интересов
медицинских работников"

Савельев В.С.