

**Тарифное соглашение
в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области
от 27 декабря 2018 года № 770-ОМС (с изменениями от 26.04.2019)**

27 декабря 2018 года

Раздел I. Общие положения

Приколотин Сергей Игоревич – Исполняющий обязанности Министра здравоохранения Челябинской области, председатель Комиссии,

Щетинин Виталий Борисович – первый заместитель исполняющего обязанности Министра здравоохранения Челябинской области, заместитель председателя Комиссии,

Члены Комиссии:

Альтман Давид Шурович – председатель Союза медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области», (изм. п. 1.1 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 22.02.2019)

Кинихина Валентина Николаевна – главный специалист по социально-экономическим вопросам Челябинской областной организации Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации,

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

Ковтун Александр Алексеевич – исполнительный директор по медицинским проектам, связям с государственными органами и обеспечению бизнеса Общества с ограниченной ответственностью Страховая медицинская компания «АСТРА-МЕТАЛЛ»,

Коноваленко Яна Александровна – директор Челябинского филиала общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС», Полномочный представитель Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Челябинской области,

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

Москвичева Марина Геннадьевна – член Союза медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области», (изм. п. 1.2 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 22.02.2019)

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

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

- Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный

закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ), от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

- постановлениями Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление Правительства РФ от 05.05.2012 № 462), от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – Программа),

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

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации» (далее - приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413), от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации» (далее - приказ Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545), от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (далее - приказ Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н), от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее – приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 № 72н), от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе

усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (далее – приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 № 216н), от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее – приказ Минздрава РФ от 20.06.2013 № 388н), от 22.01.2016 № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» (далее – приказ Минздрава РФ от 22.01.2016 № 36н), от 28.12.2000 № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» (далее – приказ Минздрава РФ от 28.12.2000 № 457), от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (далее – приказ Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н), от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804н), от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – приказ Минздрава РФ от 26.10.2017 № 869н),

- приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230), от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – приказ ФФОМС от 21.11.2018 № 247),

- постановлением Правительства Челябинской области от 28.12.2018 № 672-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – территориальная программа),

- приказами Министерства здравоохранения Челябинской области от 20.12.2012 № 1782 «Об утверждении порядка направления прикрепленного гражданина к медицинским организациям-фондодержателям с целью получения внешних медицинских услуг в медицинских организациях-исполнителях при взаиморасчетах за счет средств подушевого финансирования» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 20.12.2012 № 1782), от 27.06.2011 № 825 «Об организации деятельности центров здоровья для формирования здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», от 31.12.2015 № 2075 «Об организации проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2075), от 31.12.2015 № 2076 «Об организации проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в

приемную или патронатную семью в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2076), от 06.09.2013 № 1505 «Об организации деятельности консультативно-диагностических центров на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 06.09.2013 № 1505), от 10.11.2014 № 1670 «Об организации проведения диагностических исследований онкологическим больным на позитронно-эмиссионном томографе, совмещенном с компьютерным томографом, и однофотонном эмиссионном компьютерном томографе» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 10.11.2014 № 1670), от 06.06.2016 № 900 «О совершенствовании пренатальной дородовой диагностики на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 06.06.2016 № 900), от 31.07.2009 № 867 «Об организации межрайонных отделений пренатальной диагностики в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 31.07.2009 № 867), от 27.10.2015 № 1593 «Об организации консультативно-диагностического центра в Магнитогорском медицинском округе» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 27.10.2015 № 1593), от 27.10.2015 № 1594 «О совершенствовании работы консультативно-диагностических центров Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 27.10.2015 № 1594), от 28.10.2015 № 1595 «Об оптимизации деятельности клиничко-диагностических лабораторий медицинских организаций Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 28.10.2015 № 1595), от 07.03.2019 № 219 «Об утверждении объема лабораторных исследований для направления в клиничко-диагностические лаборатории III «Б» уровня» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 07.03.2019 № 219), от 30.12.2015 № 2043 «О маршрутизации пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии, нуждающихся в оказании диализной помощи в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 30.12.2015 № 2043), от 09.09.2016 № 1517 «Об организации оказания экстренной и планово-консультативной медицинской помощи в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 09.09.2016 № 1517), от 13.12.2016 № 2111 «О маршрутизации взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 13.12.2016 № 2111), от 23.12.2016 № 2180 «О создании кабинетов мониторинга состояния здоровья и развития детей из групп перинатального риска, в том числе детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, очень низкой массой тела и недоношенных, на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 23.12.2016 № 2180), от 08.12.2016 № 2079 «О порядке маршрутизации больных неврологического профиля, страдающих рассеянным склерозом, заболеваниями экстрапирамидной нервной системы, эпилепсией и другими пароксизмальными заболеваниями нервной системы, на амбулаторном этапе» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 08.12.2016 № 2079), от 29.03.2017 № 577 «Об организации консультативно-диагностического центра в ГБУЗ «Челябинский областной клинический

терапевтический госпиталь для ветеранов войн»» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 29.03.2017 № 577), от 17.08.2017 № 1528 «Об организации деятельности специализированных мобильных медицинских бригад для оказания плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи населению муниципальных образований Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 17.08.2017 № 1528), от 08.12.2017 № 2263 «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и с острым нарушением мозгового кровообращения» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 08.12.2017 № 2263), от 18.12.2017 № 2348 «Об организации проведения несовершеннолетним профилактических медицинских осмотров на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 18.12.2017 № 2348), от 11.12.2017 № 2286 «О внедрении пилотного проекта дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией с использованием средств ОМС на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 11.12.2017 № 2286), от 21.01.2016 № 68 «О маршрутизации взрослых пациентов при оказании медицинской помощи по профилю онкология в Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 21.01.2016 № 68), от 20.11.2018 № 2417 «Об организации проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения Челябинской области в 2019 году» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 20.11.2018 № 2417), от 20.11.2018 № 2418 «Об организации проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения Челябинской области в 2019 году» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 20.11.2018 № 2418), (изм. п. 1.3 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

- приказом Министерства здравоохранения Челябинской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 14.03.2019 № 237 / 188 «Об утверждении Порядка учета численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, обслуживаемых медицинскими организациями при оказании первичной медико-санитарной помощи на территории Челябинской области и Порядка учета численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, обслуживаемых медицинскими организациями Челябинской области при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее – приказ от 14.03.2019 № 237 / 188), (изм. п. 1.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 14.03.2019)

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

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»,

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.09.2012 № 14-0/10/2-2564, № 7155/30 «О направлении Методических рекомендаций «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития», от 21.11.2018 № 11-7/10/2-7543, № 14525/26-1/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее - Методические рекомендации),

- письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 03.12.2018 № 15031/26-1/и «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» (далее – Инструкция),

и иными нормативными правовыми актами.

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

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

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

- **Базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, с учетом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями.

- **Базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи** - размер финансовых средств, предназначенных для оплаты амбулаторно-поликлинической

медицинской помощи в расчете на одно прикрепленное лицо в среднем по Челябинской области.

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

- **Базовый тариф на оплату гемодиализа (БТгд)** – стоимость медицинской услуги А18.05.002 «Гемодиализ». (изм. п. 1.1 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

- **Базовый тариф на оплату перитонеального диализа (БТпд)** – стоимость медицинской услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ». (изм. п. 1.2 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

- **Внешние медицинские услуги:**

- для целей подушевого финансирования - консультативные, лечебно-диагностические, профилактические медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам МО-Исполнителями по направлению МО-Фондодержателей, которые оплачиваются по тарифам на оплату внешней медицинской помощи (по тарифам для взаиморасчетов);

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

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

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

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

- в рамках базовой программы ОМС:

- специализированной стационарной медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»;

- специализированной стационарной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по КСГ st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5)» с применением кода услуги А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция»

за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на дополнительное финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35

главы 7 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

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

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

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

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

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

- **Коэффициент дифференциации (КД, КДсуб)** – коэффициент, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

- **Коэффициент относительной затратноемкости (КЗкс, КЗдс, КЗд)** - коэффициент, отражающий отношение:

- стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний (в стационарных условиях и в условиях дневного стационара) к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

- стоимости услуг диализа к базовому тарифу на оплату диализа.

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

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

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

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

- для целей подушевого финансирования - амбулаторно-поликлинические медицинские организации - самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, включая врачей общей практики, фельдшерско-акушерские пункты, оказывающие внешние медицинские услуги, медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения, указанные в графе 6 приложения 1 к Тарифному соглашению. МО-Фондодержатель является одновременно МО-Исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг не прикрепленным к ним лицам.

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

- **Медицинские организации – Фондодержатели** (далее - МО-Фондодержатели) - амбулаторно-поликлинические медицинские организации - самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, включая врачей общей практики, фельдшерско-акушерские пункты (за исключением стоматологических поликлиник), оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, имеющие застрахованных по ОМС прикрепленных лиц, оплата медицинской помощи которым осуществляется по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц.

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

- **Обращение по поводу заболевания** - законченный случай лечения заболевания 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, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

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

Территория обслуживания станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи устанавливается Министерством здравоохранения

Челябинской области или органами Управлений здравоохранения муниципальных образований Челябинской области.

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

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

- **Оплата медицинской помощи за медицинскую услугу** – в амбулаторно-поликлинических условиях - за медицинскую услугу; в условиях круглосуточного стационара - за медицинскую услугу только в сочетании с основной КСГ; в условиях дневного стационара – за медицинскую услугу и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

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

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

- **Прикрепленное лицо к МО–Фондодержателю** - лицо, застрахованное по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, проживающее на территории Челябинской области и учтённое за МО-Фондодержателем в соответствии с приказом от 14.03.2019 № 237 / 188 для получения первичной медико-санитарной помощи. (изм. п. 1.5 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 14.03.2019)

- **Прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневных стационаров по КСГ** – 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;
- длительности госпитализации менее 3-х дней включительно, кроме КСГ, указанных в приложениях 7/3, 7/4;
- проведении диагностических исследований;
- оказании услуг диализа.

- **Прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях (сверх базовой программы ОМС)** – 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;
- длительности госпитализации менее 3-х дней включительно.

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

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

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

- **Управленческий коэффициент** – коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе.

- **Условная единица трудоемкости** (далее - УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. Один визит пациента является одним посещением.

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

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

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС

Челябинской области (далее – Тарифы на оплату медицинской помощи) на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230, с учетом разделов II, IV настоящего Тарифного соглашения.

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области, выделенных на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области (далее – Тарифы на оплату медицинской помощи) на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230, с учетом разделов II, IV настоящего Тарифного соглашения.

Дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС осуществляется по дополнительным тарифам на оплату медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом раздела II настоящего Тарифного соглашения.»

п. 4 изм. п. 1.6 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

5. Финансовые расчеты за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, в объеме, установленном базовой программой ОМС, производятся ТФОМС Челябинской области на основании части 8 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, раздела IX Правил ОМС, приказа ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392 в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также иных нормативных правовых документов, с учетом положений пунктов 1.2.3.9 главы 1 раздела II, пунктом 4.11 главы 4 раздела II, главы 5 раздела II.

Исключение составляют финансируемые из средств межбюджетных трансфертов Челябинской области дополнительные виды и условия медицинской помощи, не установленные базовой программой ОМС, которые не применяются при расчетах за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации.

Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области

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

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

- 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);

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

(абз. 4,5 искл. п. 2.1 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

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

- 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;

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

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

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую 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;

(абз. 4 искл. п. 2.1 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

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

Глава 1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, за исключением медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования:

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, указанными в приложении 1 к Тарифному соглашению осуществляется за посещение к врачу - специалисту в зависимости от места и цели приема, за законченный случай (при проведении диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения, медицинских осмотров, в соответствии с приказами Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н, от 10.08.2017 № 514н, от 26.10.2017 № 869н, приказами Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2076, от 31.12.2015 № 2075, от 18.12.2017 № 2348, от 20.11.2018 № 2417, от 20.11.2018 № 2418). Оплата медицинской помощи, оказанной Центрами здоровья, осуществляется за посещения (первичный и повторный приемы).

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

В целях персонифицированного учета обращений, посещений, подлежащих оплате по ОМС, заполняется учетная форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н. (изм. п. 2.2.1 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

При возложении на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации первичной медико-санитарной помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи

пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.03.2012 № 252н, медицинскими организациями применяется тариф посещения с коэффициентом, равным 0,8.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, используются:

- для оплаты медицинской помощи (по видам, не включенным в подушевое финансирование; в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения; лицам, застрахованным по ОМС за пределами субъекта РФ);

- для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями в рамках подушевого финансирования.

Стоимость обращения (законченного случая лечения) по поводу заболевания в амбулаторных условиях рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{обр}} = \sum(T_{\text{пос } i} * Ч_{\text{пос } i}), \text{ где:}$$

$C_{\text{обр}}$ – стоимость обращения;

$T_{\text{пос } i}$ – тариф за посещение к i -ому врачу-специалисту;

$Ч_{\text{пос } i}$ – фактическое количество посещений к i -ому врачу-специалисту.

(абз. 6-13 доп. п. 2.2.2 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

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

- «Акушер-гинеколог» - включает в себя оплату посещений взрослого и детского застрахованного населения к акушеру-гинекологу, в том числе доабортное консультирование;

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

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

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

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

- «Акушер-гинеколог (криоперенос)» - включает в себя оплату процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки в амбулаторных условиях;

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

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

- «Врач отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи» - включает в себя оплату неотложной медицинской помощи, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы, в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи (или на дому при вызове медицинского работника).

- «Врач приемного отделения (РСЦ, ММСЦ, ПСО)» - включает в себя оплату посещений взрослого застрахованного населения при поступлении в экстренном порядке с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения в приемные отделения медицинских организаций, указанных в приложении 2 к Тарифному соглашению, на базе которых организованы региональный сосудистый центр и/или межмуниципальные сосудистые центры и/или первичные сосудистые отделения (далее - РСЦ, ММСЦ, ПСО), с обязательным проведением компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии с целью верификации диагноза без последующей госпитализации в данную медицинскую организацию;

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

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

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

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

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

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

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

- «Детский кардиолог (комплексное обследование сердечно - сосудистой системы)» - включает в себя оплату посещений детского застрахованного населения к кардиологу для оказания специализированной медицинской помощи в специализированных федеральных учреждениях кардиологического профиля;

- «Детский онколог (консультативно-диагностический прием)», «Онколог (консультативно-диагностический прием)», «Онколог-химиотерапевт (консультативно-диагностический прием)», «Радиолог (консультативно-диагностический прием)» - включают в себя оплату посещений застрахованного взрослого и детского населения к специалистам для оказания специализированной медицинской помощи с лечебно-диагностической и консультативной целью с проведением диагностических исследований;

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

- «Кардиолог (комплексное обследование сердечно - сосудистой системы)» - включает в себя оплату посещений взрослого застрахованного населения к кардиологу для оказания специализированной медицинской помощи в специализированных федеральных учреждениях кардиологического профиля;

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

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

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

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

проведение лазерного хирургического лечения в амбулаторных условиях;

- «Офтальмолог (круглосуточного травмпункта) (первичный прием)» - включает в себя оплату посещений с оказанием неотложной медицинской помощи пациентам с травмами глаза и глазниц, и заболеваниями в соответствии с кодами МКБ Н21.0, Н31.3, S00.1, S00.2, S01.1, S02.1, S02.3, S02.30, S02.31, S02.8, S04.0, S04.1, S05, S05.0- S05.9, T15, T15.0, T15.1, T15.8, T15.9, T26, T26.0- T26.9, T85.2, T85.3 при первичном обращении в условиях работы круглосуточного травмпункта;

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

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

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

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

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

к педиатру медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения;

- «Педиатр (кабинет катамнеза)» - включает в себя оплату посещений детей первых трёх лет жизни из групп перинатального риска, в том числе детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, очень низкой массой тела и недоношенных на территории Челябинской области;

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

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

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

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

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

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

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

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

к терапевту медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения;

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

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

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

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

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

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

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

- «Акушер-гинеколог (консультативно-диагностический прием)», «Аллерголог-иммунолог (консультативно-диагностический прием)», «Гастроэнтеролог (консультативно-диагностический прием)», «Гематолог

(консультативно-диагностический прием)», «Детский кардиолог (консультативно-диагностический прием)», «Детский уролог-андролог (консультативно-диагностический прием)», «Детский хирург (консультативно-диагностический прием)», «Детский эндокринолог (консультативно-диагностический прием)», «Кардиолог (консультативно-диагностический прием)», «Колопроктолог (консультативно-диагностический прием)», «Невролог (консультативно-диагностический прием)», «Нейрохирург (консультативно-диагностический прием)», «Нефролог (консультативно-диагностический прием)», «Оториноларинголог (консультативно-диагностический прием)», «Офтальмолог (консультативно-диагностический прием)», «Педиатр (консультативно-диагностический прием)», «Пульмонолог (консультативно-диагностический прием)», «Ревматолог (консультативно-диагностический прием)», «Сердечно-сосудистый хирург (консультативно-диагностический прием)», «Сурдолог-оториноларинголог (консультативно-диагностический прием)», «Терапевт (консультативно-диагностический прием)», «Травматолог-ортопед (консультативно-диагностический прием)», «Уролог (консультативно-диагностический прием)», «Хирург (консультативно-диагностический прием)», «Челюстно-лицевой хирург (консультативно-диагностический прием)», «Эндокринолог (консультативно-диагностический прием)» - включают в себя оплату посещений застрахованного взрослого и детского населения к специалистам медицинских организаций (ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер», ФГБУ «Федеральный центр сердечно - сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Челябинск), ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», ГБУЗ «Областной перинатальный центр») для оказания специализированной медицинской помощи с лечебно-диагностической и консультативной целью с обязательным проведением диагностических исследований. (изм. п. 2.1.1 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

1.1.2. Диагностические исследования на ПЭТ/КТ, ОФЭКТ проводятся в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 10.11.2014 № 1670 в отделениях радионуклидной диагностики ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» (далее – отделение радионуклидной диагностики), в Центре позитронно-эмиссионной томографии ГБУЗ «Областной онкологический диспансер № 2» (далее – ПЭТ-центр), ООО «Ядерные медицинские технологии – Снежинск» по направлению врача поликлинического отделения онкологического диспансера (при наличии показаний) при наличии положительного заключения заведующего отделением радионуклидной диагностики, ПЭТ-центра на проведение исследования. (изм. п. 2.1.2 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

Медицинские организации осуществляют учет расхода лекарственных средств, медицинских изделий, расходных материалов на каждого пациента в книге (журнале) учета, в котором указываются: наименование исследования, дата проведения исследования, Ф.И.О. пациента, номер амбулаторной карты или

истории болезни, наименование радиофармпрепарата, объём (мл), активность (МБк), наименование лекарственных средств, используемых для исследования, наименование изделий медицинского назначения, расходных материалов (торговое наименование), единица измерения, израсходовано количество единиц.

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

1.1.4. Оплате за счет средств ОМС подлежит процедура переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки в амбулаторных условиях по тарифу стоимости посещения «Акушер-гинеколог (криоперенос)».

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

Оплата консультативно-диагностической медицинской помощи, оказываемой КДЦ, осуществляется за посещение, обращение, стоимость которого формируется в соответствии с пунктом 1.1, на основании тарифов за посещение врача - специалиста (с учетом лабораторных и инструментальных исследований). (изм. п. 2.2.3 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

1.1.6. Размер финансового обеспечения медицинской организации при оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи определяется по следующей формуле:

$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \sum (O_{\text{МП}} \times T)$, где:

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}$ – фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$O_{\text{МП}}$ – фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений;

T – тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

1.1.7. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа.

1.1.7.1. Оплата медицинской помощи при проведении заместительной почечной терапии методом диализа пациентам, получающим услуги диализа, в амбулаторных условиях осуществляется по стоимости услуг диализа. (изм. п. 2.2.4 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

Стоимость услуг диализа (C_d) в амбулаторных условиях определяется по следующей формуле:

$C_d = (T_d \times \text{Чуслуг } \phi_i) + (T_i^{\text{доп}} \times \text{Чуслуг } \phi_i)$, где:

T_d - тариф на оплату услуг диализа;

$\text{Чуслуг } \phi_i$ - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 17 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

$T_d = \text{БТгд} (\text{БТпд}) \times \text{КЗд} \times (\text{КД} \times \text{Дзп} + (1 - \text{Дзп}))$, где:

БТгд - базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ»;

БТпд - базовый тариф на оплату перитонеального диализа по коду услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»;

КЗд - коэффициент относительной затроемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату диализа, установлен приложением 17 к Тарифному соглашению;

КД - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,112;

Дзп - доля расходов на заработную плату в услуге диализа установлена в размере 20%.

$T_i^{\text{доп}}$ - дополнительный тариф на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии сверх базовой программы ОМС, рассчитанный для i -ой медицинской организации и применяемый к стоимости услуг гемодиализа

$$T_i^{\text{доп}} = \frac{\Phi O_i^{\text{дост}} - \sum_{n=1}^n \Phi O_i^{\text{дост}} \phi}{\text{Чуслуг} - \sum_{n=1}^n \text{Чуслуг} \phi}$$

где $\Phi O_i^{\text{дост}}$ - сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и

нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2019 год, установленная для i-ой медицинской организации;

$\Phi O_i^{\text{дост}} \phi$ - фактическая сумма средств, направленных на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, i-ой медицинской организации;

$\text{Ч}_{\text{услуг}}$ - количество медицинских услуг гемодиализа в амбулаторных условиях, установленных комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области на 2019 год;

$\text{Ч}_{\text{услуг}} \phi$ - фактическое количество медицинских услуг гемодиализа в амбулаторных условиях.

1.1.7.2. Случай лечения при проведении диализа в амбулаторных условиях подлежит оплате, в том числе при пересечении сроков лечения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров.

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

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

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

- карта ведения гемодиализа (вкладыш к истории болезни);

- диализный журнал пациента для перитонеального диализа (вкладыш в амбулаторную карту пациента).

(изм. п. 2.1.3 ДС от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

1.1.7.4. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии сверх базовой программы ОМС производится по дополнительному тарифу сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, оказанной застрахованному населению Челябинской области, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, в соответствии с установленными медицинским организациям суммами финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2019 год (приложение 20/1 к Тарифному соглашению).

Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии для медицинских организаций на 2019 год установлены приложением 20/2 к Тарифному соглашению.

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

1.1.8. (искл. п. 2.1.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

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

1.1.9.1. Оплата диспансеризации, проведенной определенным группам взрослого застрахованного населения, в соответствии с приказами Минздрава РФ от 26.10.2017 № 869н, Минздрава Челябинской области от 20.11.2018 № 2417, иными нормативно-правовыми актами (далее – диспансеризация взрослого застрахованного населения) осуществляется за законченный случай, включающий посещения к врачам - специалистам и объем исследований по направлениям данных врачей – специалистов.

1.1.9.2. Оплата законченного случая диспансеризации взрослого застрахованного населения 1920, 1923, 1926, 1929, 1932, 1935, 1938, 1941, 1944, 1947, 1950, 1953, 1956, 1959, 1962, 1965, 1968, 1971, 1974, 1977, 1980, 1983, 1986, 1989, 1992, 1995, 1998 годов рождения (диспансеризация проводится для данных возрастных категорий один раз в 3 года, начиная с 21 года); инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий) (далее – инвалиды войн); лиц старше 99 лет (1 раз в год) осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи - законченного случая диспансеризации (I и II этапы) взрослого застрахованного населения. (изм. п. 2.1.5 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.03.2019)

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

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для

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

Выполненные исследования (осмотры, мероприятия) первого этапа диспансеризации, проводимые с периодичностью 1 раз в 2 года, подлежат оплате в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой, при этом прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершении исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года является обязательным и включает, в том числе, определение в соответствии с выявленными изменениями медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации.

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

1.1.9.5. (искл. п. 2.1.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

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

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

1.1.10.1. Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, (далее – диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации), диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (далее – диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) в Челябинской области, проведенной в соответствии с приказами Минздрава РФ

от 15.02.2013 № 72н, от 11.04.2013 № 216н, Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2075, от 31.12.2015 № 2076, иными нормативно-правовыми актами осуществляется за законченный случай, включающий посещения к врачам - специалистам и объем исследований по направлениям данных врачей - специалистов.

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

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

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

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

1.1.10.6. (искл. п. 2.1.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

1.1.10.7. Оплата законченных случаев диспансеризации детей-сирот, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, застрахованных за пределами Челябинской области, осуществляет ТФОМС Челябинской области в

соответствии с частью 8 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, разделом IX Правил ОМС, приказом ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392.

1.1.11. Оплата профилактических медицинских осмотров взрослого застрахованного населения: (изм. п. 2.1.6 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

1.1.11.1. Оплата проведенных, в соответствии с приказами Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н, Минздрава Челябинской области от 20.11.2018 № 2418, профилактических медицинских осмотров взрослого застрахованного населения осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи законченного случая медицинских осмотров взрослого застрахованного населения Челябинской области, в поликлинике.

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

1.1.11.3. (искл. п. 2.1.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

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

1.1.12. Оплата профилактических медицинских осмотров детского застрахованного населения: (изм. п. 2.1.7 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

1.1.12.1. Оплата проведенных, в соответствии с приказами Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н, Минздрава Челябинской области от 18.12.2017 № 2348 медицинских осмотров детского застрахованного населения, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи законченного случая медицинских осмотров детского застрахованного населения Челябинской области в поликлинике.

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

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

помощи, установленными территориальной программой ОМС. Обязательным является прием (осмотр) врача-педиатра.

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

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

1.1.12.4. (искл. п. 2.1.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

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

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

1.1.13.1. Оказание плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи населению муниципальных образований Челябинской области осуществляется выездными специализированными бригадами ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», ГБУЗ «Областной перинатальный центр», ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер», ГАУЗ «Детская городская больница г.Магнитогорск», ГАУЗ «Городская больница № 3 г.Магнитогорск», ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер» в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 17.08.2017 № 1528.

Оплата оказанной плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи с лечебно-диагностической целью осуществляется по установленным тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с приложением 9/4 к Тарифному соглашению.

Оплата профилактической медицинской помощи осуществляется в рамках:

- диспансеризации взрослого населения;
- диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- профилактических медицинских осмотров взрослого застрахованного населения, проведенных в соответствии с приказом Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н;

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

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

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

1.1.13.4. (искл. п. 2.1.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

1.1.14. Оплата медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров:

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

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

1.1.14.2. Оплата медицинской помощи, оказываемой в приемных отделениях медицинских организаций, указанных в приложении 2 Тарифного соглашения:

- на базе которых организованы региональный сосудистый центр и/или межмуниципальные сосудистые центры и/или первичные сосудистые центры, осуществляется по тарифу на оплату медицинской помощи «Врач приемного отделения (РСЦ, ММСЦ, ПСО)»;

- взрослому и детскому застрахованному населению при поступлении в экстренном порядке с предварительным диагнозом «Черепно-мозговая травма» осуществляется по тарифу на оплату медицинской помощи «Врач приемного отделения (ЧМТ)».

1.1.14.3. Учет случаев оказания медицинской помощи (посещений) в приемных отделениях круглосуточных стационаров больным без последующей госпитализации осуществляется врачом приемного отделения путем заполнения учётной медицинской документации в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545, а именно: делается соответствующая запись в «Журнале

учета приема больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у), заполняется форма № 39/у-02.

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

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

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

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

1.1.14.6. (искл. п. 2.1.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

1.1.15. Оплата стоматологической медицинской помощи:

1.1.15.1. Оплата стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению медицинскими организациями, указанными в приложении 1 к Тарифному соглашению, осуществляется:

1) за обращение по поводу заболевания (стоимость обращения включает сумму стоимостей посещений, рассчитанных как произведение стоимости 1 УЕТ и количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении):

- за законченный случай лечения заболевания с первичного обращения до достижения клинического результата (выздоровление, восстановление коронки зуба пломбой и т.д.) с кратностью от 2 посещений;

- за законченный случай ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий у детей с кратностью от 2 посещений.

2) за разовое посещение в связи с заболеванием, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ, незаконченного случая лечения с

недостигнутым результатом лечения, содержащее однократное посещение к одному врачу в течение одного дня;

3) за посещение медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ;

4) за посещение с профилактической целью, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ;

5) за посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ.

Стоимость 1 УЕТ установлена приложением 10 к Тарифному соглашению. Количество УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении формируется в соответствии с приложением 4 «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению.

(п. 1.1.15.1 изм. п. 2.2.5 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

1.1.15.2. Объемы стоматологической медицинской помощи учитываются в обращениях, посещениях и в УЕТ. Учет посещений осуществляется в соответствии с инструкцией по заполнению учетной формы № 039/у-02, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545. Учет УЕТ осуществляется в соответствии с приложением 4 к Тарифному соглашению.

В целях персонифицированного учета посещений, обращений, подлежащих оплате по ОМС, заполняется учетная форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н.

(изм. п. 2.2.6 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

1.1.15.3. Стоматологическая медицинская помощь, оказанная в кабинетах при стационарах всех типов, в счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО, не включается. (изм. п. 2.2.7 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

1.1.15.3.1. (искл. п. 2.1.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

1.1.15.3.2. (искл. п. 2.2.8 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

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

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

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

1.2.2.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на прикрепившихся лиц включает в себя оплату:

- амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной прикрепленным лицам;
- внешних медицинских услуг;
- медицинских услуг дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на прикрепившихся лиц не включает в себя оплату:

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

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

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

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

- стоматологической медицинской помощи;

- медицинской помощи, оказываемой Центрами здоровья;

- медицинской помощи, оказанной межрайонными отделениями пренатальной диагностики;

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

- медицинских услуг диализа в амбулаторных условиях;

- процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки в амбулаторных условиях;

- медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

(изм. п. 2.1.8 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

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

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{(N o_{ПРОФ} \times N фз_{ПРОФ} + N o_{ОЗ} \times N фз_{ОЗ} + N o_{НЕОТЛ} \times N фз_{НЕОТЛ}) \times Чз - O C_{MTP}}{Чз}, \text{ где:}$$

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

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

$N o_{ОЗ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, обращений;

$N o_{НЕОТЛ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, посещений;

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

$N фз_{ОЗ}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

$N фз_{НЕОТЛ}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

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

$Чз$ - численность застрахованного населения Челябинской области, человек.

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

$$Пн_{БАЗ} = \frac{ФО_{СР}^{АМБ} \times ЧЗ - ОС_{ЕО}}{ЧЗ}, \text{ где:}$$

$Пн_{БАЗ}$ - базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;
 $ОС_{ЕО}$ - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Челябинской области лицам, рублей.

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

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times СКД_{ИНТ}^i, \text{ где:}$$

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

$СКД_{ИНТ}^i$ - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

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

$$КД_{ИНТ} = КД_{ПВ} \times КД_{СП} \times КД_{СУБ}, \text{ где:}$$

$КД_{ИНТ}$ - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

$КД_{ПВ}$ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации.

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

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

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

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

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

КД_{суб} – коэффициент дифференциации.

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

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}{Пн_{БАЗ} \times Ч_3}, \text{ где:}$$

$Ч_3^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПН) рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДПН^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

1.2.3. Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования:

1.2.3.1. Численность лиц по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным, прикрепленных к j -ой МО-Фондодержателю, застрахованных в k -ой

СМО размещается на сайте ТФОМС Челябинской области в течение 2-х рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

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

$FO_{\text{АПМП}} = \text{ФДПн}^i \times \text{Ч}_3^{\text{ПР}}$, где:

$FO_{\text{АПМП}}$ - размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$\text{Ч}_3^{\text{ПР}}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации на 1-е число месяца, следующего за отчетным, человек.

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

- заявку на авансирование медицинской помощи;
- реестр счетов и счет на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО по подушевому нормативу финансирования.

(изм. п. 2.1.9 ДС от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

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

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

2) МО-Исполнителям:

- суммы средств за оказанные внешние медицинские услуги.

1.2.3.5. Оплата СМО медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу МО-Исполнителем, производится в соответствии с условиями применения тарифов на оплату медицинской помощи взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в поликлинике, указанными в абзаце 5 пункта 1.1, пункте 1.1.1.

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

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

1.2.3.7. В случае превышения сумм, принятых к оплате СМО, за внешние медицинские услуги, оказанные МО-Исполнителями, над суммой

финансирования МО - Фондодержателя по дифференцированному подушевому нормативу финансирования за отчетный период, СМО удерживает с МО-Фондодержателя сумму превышения в следующем отчетном периоде.

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

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

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

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

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

Глава 2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.1. Оплата стационарной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ, медицинским организациям Челябинской области, указанным в приложении 1 к Тарифному соглашению.

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

2.1.2. Отнесение конкретного случая лечения заболевания к соответствующей КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями:

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

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

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

(абзац 2 искл. п. 2.2.1 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.03.2019)

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

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№ КСГ	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№ КСГ	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, 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 in situ, 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
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		st34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и	

	(уровень 1)	0,74		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
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,2	st30.003	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97	st30.005	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи	0,50

2.1.2.3. Формирование отдельных групп, имеющих определенные особенности, осуществляется с учетом сочетания диагноза, операции и/или другой применяемой медицинской технологией.

2.1.3. Расшифровка КСГ в соответствии с кодами диагноза по МКБ 10 и номенклатурой услуг, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804н, а также группировка случаев и учет классификационных критериев (пол, возрастная категория пациента и др.) произведены на основании Методических рекомендаций.

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

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

2.1.5.1. Стоимость законченного случая лечения по КСГ (ССкс) определяется по следующей формуле: (изм. п. 2.3.1.1 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

$ССкс = БСкс \times КЗкс \times ПК \times КД$, где:

БСкс – размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара (базовая ставка), рублей;

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

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации.

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

$ПК = КУ_{кс} \times КУ_{Смо}(КПУСмо) \times КСЛП$, где:

$КУ_{кс}$ - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$КУ_{Смо}(КПУСмо)$ - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$КСЛП$ - коэффициент сложности лечения пациента.

Расчеты суммарного значения $КСЛП$ ($КСЛП_{сумм}$) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$КСЛП_{сумм} = КСЛП_1 + (КСЛП_2 - 1) + (КСЛП_n - 1)$$

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

2.1.5.2. Расчет стоимости законченных случаев лечения по КСГ, составляющих исключение из общего порядка расчета стоимости по КСГ в соответствии с п. 2.1.5.1: (изм. п. 2.3.1.2 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

1) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара стоимость законченного случая лечения определяется по формуле: (изм. п. 2.3.1.3 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

$$СС_{кс} = БС_{кс} \times КЗ_{кс} \times ПК \times КД + (Тд_i \times Чу_{слуг\ фи}), \text{ где:}$$

$Тд_i$ - тариф на оплату услуг диализа;

$Чу_{слуг\ фи}$ - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 17 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

$$Тд_i = БТ_{гд} \times КЗ_{д} \times (КД \times Д_{зп} + (1 - Д_{зп})), \text{ где:}$$

$БТ_{гд}$ - базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ»;

$КЗ_{д}$ - коэффициент относительной затратоемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату гемодиализа, установлен приложением 17 к Тарифному соглашению;

$КД$ - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,112;

$Д_{зп}$ - доля расходов на заработную плату в услуге диализа установлена в размере 20%.

2) по профилю «медицинская реабилитация» за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области для ГБУЗ «Челябинский областной центр реабилитации», ООО «Санаторий «Карагайский бор»;

- по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по КСГ st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5)» с применением кода услуги А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция» за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области для ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», где стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ (ССкс) определяется по следующей формуле:

$$ССкс = БСкс \times КЗкс \times ПК \times КД + Тдоп, \text{ где:}$$

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

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

$$ФО_{мо} = \sum СС_{кс}, \text{ где:}$$

ФО_{мо} - размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

СС_{кс} - стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ, рублей.

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

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

2.1.9. Оплата стационарной медицинской помощи производится:

2.1.9.1. В размере 100% стоимости:

2.1.9.1.1. случаев госпитализации при выписке, переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, 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, при переводе из круглосуточного

стационара в дневной стационар, за исключением прерванных случаев.

2.1.9.1.2. случаев госпитализации (не относящихся к прерванным), относящихся к КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения (приложение 7/3 к Тарифному соглашению).

2.1.9.1.3. услуг диализа, оплачиваемых с учетом их фактического количества и применяемых дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения; (изм. п. 2.3.2 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

2.1.9.1.4. прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (КСГ st05.006 – st05.011, st08.001, st19.027 – st19.036) в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии;

2.1.9.1.5. прерванных случаев проведения лучевой терапии (st19.039, st19.040, st19.042 – st19.044, st19.046 – st19.048). 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).

2.1.9.2. В размере 85% от стоимости случая лечения по КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи при условии выполнения хирургической операции и/или проведении тромболитической терапии, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию указаны в приложении 7/5 к Тарифному соглашению.

2.1.9.3. В размере 85% от стоимости случая лечения по КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи при длительности лечения более 3-х дней при условии, если хирургическое лечение и/или тромболитическая терапия не проводились.

2.1.9.4. В размере 50% от стоимости определенной для данной КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи, при длительности лечения 3 дня и менее при условии, если хирургическое лечение и/или тромболитическая терапия, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводились.

2.1.10. В случае перевода пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации при условии, что заболевания относятся к одному классу МКБ 10 и/или являются следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.1.11. Оплата по двум КСГ в период одной госпитализации.

2.1.11.1. При переводе пациента из одного отделения в другое в рамках круглосуточного стационара, 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с пунктами 2.1.9.2, 2.1.9.3, 2.1.9.4.

2.1.11.2. 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 по КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» с последующим родоразрешением на профиле койки «для беременных и рожениц» по КСГ st02.003 «Родоразрешение» или КСГ st02.004 «Кесарево сечение» в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более, либо не менее 2-х дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

О14.1 Тяжелая преэклампсия.

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

2.1.11.3. Расчет стоимости каждого случая оказания медицинской помощи по КСГ осуществляется в соответствии с пунктом 2.1.5.

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

По вышеуказанным случаям проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230.

2.1.12. В стоимость КСГ по профилю «акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение (КСГ st02.003 «Родоразрешение», КСГ st02.004 «Кесарево сечение»), 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». (изм. п. 2.2.2 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.03.2019)

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

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

2.1.14. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа. (изм. п. 2.3.3 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

2.1.14.1. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара, учитывая пожизненный характер проводимого лечения при проведении заместительной почечной терапии, осуществляется за услуги диализа с учетом фактического объема услуг, по тарифам, установленным приложением 17 к Тарифному соглашению, в сочетании с оплатой по основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, в том числе при госпитализации на койки реанимационного профиля.

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

В период лечения в круглосуточном стационаре пациент, получающий диализ, должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений диализа.

(изм. п. 2.3.4 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

2.1.14.2. Оплата случаев лечения пациентов с острым и устойчивым нарушением функции почек (острая почечная недостаточность и хронические болезни почек) с проведением заместительной почечной терапии методами диализа осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ st18.001 «Почечная недостаточность» или КСГ st18.002 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа» и стоимости услуг диализа, оплачиваемых с учетом их фактического количества и применяемых дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. (изм. п. 2.3.5 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

2.1.14.3. (искл. п. 2.3.6 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

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

2.1.15.1 Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» производится по соответствующим КСГ, при этом отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по

коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза. Критерием для отнесения случая к КСГ st37.001 – st37.013 служит оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 3-6 баллов по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ.

2.1.15.2. Оплата случаев лечения по КСГ st37.015 «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» осуществляется по коду медицинской услуги В05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или В05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: В05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», В05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

2.1.16. Оплата случаев лечения по КСГ st38.001 «Старческая астения» по профилю «гериатрия» осуществляется только медицинским организациям и структурным подразделениям медицинских организаций, имеющим лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «гериатрия».

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

2.1.17.1. Оплата случаев лечения с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований осуществляется по КСГ st05.006 - st05.011, st08.001, st19.027 - st19.036.

2.1.17.2. Отнесение случаев к группам st19.027 - st19.036, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh001 - sh581, sh903, sh904). За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» «Схемы лекарственной терапии» Группировщика.

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

2.1.17.3. Оплата случая в рамках КСГ рассчитана исходя из определенного количества дней введения. При этом количество дней госпитализации может превышать количество дней введения с учетом периода наблюдения пациента до и после введения лекарственных препаратов. В случае включения в тариф 1-го дня введения лекарственных препаратов из нескольких дней, составляющих цикл, предполагается, что между госпитализациями с целью введения

лекарственных препаратов (в том числе в рамках одного цикла) пациенту не показано пребывание в условиях круглосуточного стационара.

2.1.17.4. В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

2.1.17.5. Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh903 или sh904 по следующему правилу:

sh903	Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: C00, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C15, C16, C18, C19, C20, C21, C22.0, C22.1, C23, C24, C25, C30, C31, C32, C33, C34, C37, C38, C40, C41, C43, C44, C45.0, C48, C49, C50, C51, C52, C53, C54, C56, C57, C58, C60, C61, C62, C64, C65, C66, C67, C70, C71, C72, C73, C74.0, D00-D08, D09.1, D09.3-D09.9
sh904	Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C01, C02, C03, C04, C05, C06, C14, C17, C22.2-C22.9, C26, C39, C45.1-C45.9, C46, C47, C55, C63, C68, C69, C74.1-C74.9, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97, D09.2

В случаях применения sh903, sh904 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

2.1.17.6. Отнесение случаев к группам st05.006 - st05.011, st08.001, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у взрослых, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более.

Отнесение к КСГ st05.006 - st05.007, st05.010 - st05.011, st08.001 производится по кодам Номенклатуры:

- A25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей»;
- A25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых».

Отнесение к КСГ st05.009 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы» производится путем комбинации кодов С81-С96 и кодов Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A25.30.033.001	Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых
A25.30.033.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых

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

2.1.18. Отнесение к соответствующей КСГ st19.039-st19.048 «Лучевая терапия» случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Справочник диапазонов числа фракций

Диапазон фракций	Расшифровка
fr01-05	Количество фракций от 1 до 5 включительно
fr06-07	Количество фракций от 6 до 7 включительно
fr08-10	Количество фракций от 8 до 10 включительно
fr11-20	Количество фракций от 11 до 20 включительно
fr21-29	Количество фракций от 21 до 29 включительно
fr30-32	Количество фракций от 30 до 32 включительно
fr33-99	Количество фракций от 33 включительно и более

2.1.19. Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены КСГ st19.049 - st19.055 «Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией». Отнесение к группам осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций), а также кода МНН лекарственных препаратов.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, с расшифровкой содержится в Группировщике «МНН ЛП в сочетании с ЛТ».

В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов «МНН ЛП в сочетании с ЛТ» Группировщика, оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

2.1.20. Особенность формирования КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)», КСГ st19.038 «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)».

В модели КСГ предусмотрено выделение отдельных КСГ st19.037 и st19.038 для лечения фебрильной нейтропении, агранулоцитоза и для установки замены порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей). Данные КСГ применяются в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз или

установка, замена порт системы являются основным поводом для госпитализации.

В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного, госпитализированного с целью проведения специального противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты. Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт систему (катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения оплата осуществляется по двум КСГ.

Отнесение случая к КСГ st19.037 осуществляется по двум кодам МКБ 10 (D70 Агранулоцитоз и C00-C80, C97). При этом поводом для госпитализации является диагноз D70, поэтому его необходимо кодировать в поле «Основное заболевание», в поле «Дополнительный диагноз» необходимо указать код МКБ 10, соответствующий злокачественному заболеванию (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) – C00-C80 или C97.

Отнесение случая к КСГ st19.038 осуществляется по кодам МКБ 10 (C00-C80, C97, D00-D09) и коду Номенклатуры А11.12.001.002 «Имплантация подкожной венозной порт системы». При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре).

2.1.21. Особенность формирования реанимационных КСГ.

Отнесение к КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

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

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции», КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4, 5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом, в том числе классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

1. Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

2. Оценка по шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

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

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» осуществляется по коду МКБ 10 (основное заболевание) и коду классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

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

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установлен приложением 7/1 к Тарифному соглашению.

2.1.23. Оплата законченных случаев лечения пациентов с применением коэффициента сложности лечения пациента осуществляется:

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

К данной патологии относить:

- Сахарный диабет типа 1 и 2 (E10; E11);
- Наличие заболеваний, включая редкие (орфанные) заболевания, требующих систематического дорогостоящего лекарственного лечения:
- Гемофилия (D66; D67; D68.0);
- Муковисцидоз (E84);
- Гипофизарный нанизм (E23.0);
- Рассеянный склероз (G35);

- Болезнь Гоше (E75.5);
- Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C92.1; C88.0; C90.0; C82; C83.0; C83.1; C83.3; C83.4; C83.8; C83.9; C84.5; C85; C91.1);
- Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);
- Гемолитико-уремический синдром (D59.3);
- Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) (D59.5);
- Апластическая анемия неуточненная (D61.9);
- Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра) (D68.2);
- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) (D69.3);
- Дефект в системе комплемента (D84.1);
- Преждевременная половая зрелость центрального происхождения (E22.8);
- Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии) (E70.0, E70.1);
- Тирозинемия (E70.2);
- Болезнь «кленового сиропа» (E71.0);
- Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия) (E71.1);
- Нарушения обмена жирных кислот (E71.3);
- Гомоцистинурия (E72.1);
- Глютарикацидурия (E72.3);
- Галактоземия (E74.2);
- Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика (E75.2);
- Мукополисахаридоз, тип I (E76.0);
- Мукополисахаридоз, тип II (E76.1);
- Мукополисахаридоз, тип VI (E76.2);
- Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия (E80.2);
- Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) (E83.0);
- Незавершенный остеогенез (Q78.0);
- Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) (I27.0);
- Юношеский артрит с системным началом (M08.2);
- Детский церебральный паралич (G80);
- ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24);
- Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6).

2.1.23.2. При проведении сочетанных хирургических вмешательств:

Операция 1		Операция 2	
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий

Операция 1		Операция 2	
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий

Операция 1		Операция 2	
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий

Операция 1		Операция 2	
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.004	Сальпингэктомия лапаротомическая
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.017	Удаление параовариальной кисты лапаротомическое
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.043	Мастэктомия	A16.20.011.002	Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками лапаротомическая
A16.18.016	Гемиколэктомия правосторонняя	A16.14.030	Резекция печени атипичная
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.035	Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.001	Удаление кисты яичника
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.014	Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками	A16.20.042.001	Слингвые операции при недержании мочи
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеозендоскопических технологий	A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеозендоскопических технологий	A16.20.042.001	Слингвые операции при недержании мочи

Операция 1		Операция 2	
A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика	A16.20.042.001	Слингвые операции при недержании мочи
A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.28.071.001	Иссечение кисты почки лапароскопическое	A16.20.001.001	Удаление кисты яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.28.054	Трансуретральная уретеролитоэкстракция	A16.28.003.001	Лапароскопическая резекция почки
A16.28.004.001	Лапароскопическая нефрэктомия	A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты
A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты	A16.28.085	Трансуретральная эндоскопическая цистолитотрипсия
A16.08.013.001	Пластика носовой перегородки с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.08.017.001	Гайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.069	Трабекулотомия
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.073.003	Проникающая склерэктомия
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного висомолекулярного соединения) из витреальной полости

Операция 1		Операция 2	
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.146	Реконструкция угла передней камеры глаза
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.049	Кератопластика (трансплантация роговицы)
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.087	Замещение стекловидного тела

2.1.23.3. При проведении однотипных операций на парных органах.

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

A16.03.022.002	Остеосинтез титановой пластиной
A16.03.022.004	Интрамедуллярный стержневой остеосинтез
A16.03.022.005	Остеосинтез с использованием биodeградируемых материалов
A16.03.022.006	Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез
A16.03.024.005	Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинируемых методов фиксации
A16.03.024.007	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия при деформации стоп
A16.03.024.008	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия бедра
A16.03.024.009	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия голени
A16.03.024.010	Реконструкция кости при ложном суставе бедра
A16.03.033.002	Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации
A16.04.014	Артропластика стопы и пальцев ноги
A16.12.006	Разрез, иссечение и закрытие вен нижней конечности
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности
A16.12.006.002	Подапоневротическая перевязка анастомозов между поверхностными и глубокими венами голени
A16.12.006.003	Диссекция перфорантных вен с использованием видеoэндоскопических технологий
A16.12.008.001	Эндaртерэктомия каротидная
A16.12.008.002	Эндaртерэктомия каротидная с пластикой
A16.12.012	Перевязка и обнажение варикозных вен
A16.20.032.007	Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием
A16.20.103	Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза
A16.20.043.001	Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой
A16.20.043.002	Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой с различными вариантами кожно-мышечных лоскутов

A16.20.043.003	Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники
A16.20.043.004	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки
A16.20.045	Мастэктомия радикальная подкожная с алломаммопластикой
A16.20.047	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки различными вариантами кожно-мышечных лоскутов
A16.20.048	Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом
A16.20.049.001	Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием
A16.26.011	Зондирование слезных канальцев, активация слезных точек
A16.26.019	Устранение эпикантуса
A16.26.020	Устранение энтропиона или эктропиона
A16.26.021	Коррекция блефароптоза
A16.26.021.001	Устранение птоза
A16.26.023	Устранение блефароспазма
A16.26.079	Реваскуляризация заднего сегмента глаза
A16.26.147	Ретросклеропломбирование
A22.26.004	Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика
A22.26.005	Лазерная иридэктомия
A22.26.006	Лазергониотрабекулопунктура
A22.26.007	Лазерный трабекулоспазис
A22.26.009	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна
A22.26.010	Панретинальная лазерная коагуляция
A22.26.019	Лазерная гониодесцеметопунктура
A22.26.023	Лазерная трабекулопластика
A16.26.075	Склеропластика
A16.26.075.001	Склеропластика с использованием трансплантатов
A16.26.093.002	Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы

2.1.23.4. При оплате случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации.

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

№ КСГ	Наименование КСГ
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)

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

$$КСЛП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{дл}, \text{ где:}$$

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

$K_{дл}$ – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов – 0,25;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

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

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), то есть указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП. (доп. п. 2.2.3 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

2.1.23.5. При наличии у пациента старческой астении, не являющейся основным поводом для госпитализации на профильную «геронтологическую» койку оплата производится с применением коэффициента сложности лечения пациента при выполнении следующих условий:

1. Основной диагноз пациента – не старческая астения (R54);
2. Сопутствующий диагноз пациента – старческая астения (R54);
3. Лечение осуществляется на геронтологической профильной койке.

2.1.24. Отнесение случая лечения к КСГ st32.015.1 «Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) (с применением видеоэндоскопических технологий)» осуществляется по следующим кодам услуг Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.004.010	Лапароскопическая пластика передней брюшной стенки при грыжах
A16.30.004.013	Операция при большой послеоперационной грыже с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.004.014	Операция при гигантской послеоперационной грыже с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.004.016	Операция при гигантской послеоперационной грыже с использованием сетчатых имплантов

A16.30.005.003	Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий
----------------	---

Отнесение случая лечения к КСГ st32.015.2 «Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) (без применения видеоэндоскопических технологий)» осуществляется по следующим кодам услуг Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.012	Оперативное лечение послеоперационной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.015	Операция при большой послеоперационной грыже с использованием сетчатых имплантов
A16.30.005.001	Пластика диафрагмы с использованием импланта

(пункт 2.1.24 доп. п. 1 Д/С от 19.02.2019 № 1/770-ОМС, действ. с 01.01.2019)

2.2. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи.

2.2.1. За счет средств ОМС оплачивается высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в раздел I приложения к Программе при наличии объемов предоставления медицинской помощи, установленных комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области.

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

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

терапии (при необходимости).

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

2.3. Оплата медицинской помощи за счет средств межбюджетных трансфертов Челябинской области.

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

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

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

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

2.3.1.2.1. В размере 100% стоимости:

- законченного случая лечения по завершению лечения при выписке, переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, 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, при переводе из круглосуточного стационара в дневной стационар, за исключением прерванных случаев.

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

2.3.1.2.2. В размере 85% от стоимости случая лечения по КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи при длительности лечения более 3-х дней.

2.3.1.2.3. В размере 50% от стоимости случая лечения оплачивается прерванный случай лечения при длительности лечения 3 дня и менее.

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

2.4. (искл. п. 2.2.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

Глава 3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ медицинским организациям Челябинской области, указанным в приложении 1 к Тарифному соглашению.

3.2. Отнесение конкретного случая лечения заболевания к соответствующей КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями:

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

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

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

(абзац 2 искл. п. 2.3.1 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.03.2019)

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

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№ КСГ	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№ КСГ	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,92	ds34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,88
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	2,18	ds30.001	Болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,80

3.2.3. Формирование отдельных групп, имеющих определенные особенности, осуществляется с учетом сочетания диагноза, операции и/или другой применяемой медицинской технологией.

3.3. Расшифровка КСГ в соответствии с кодами диагноза по МКБ 10 и номенклатурой услуг, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804н, а также группировка случаев и учет классификационных критериев (пол, возрастная категория пациента и др.) произведены на основании Методических рекомендаций.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.7. Стоимость законченного случая лечения по КСГ (ССдс).

3.7.1. Стоимость законченного случая лечения по КСГ (ССдс) определяется по следующей формуле: (изм. п. 2.4.1.1 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

$ССдс = БСдс \times КЗдс \times ПК \times КД$, где:

БСдс – размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара (базовая ставка), рублей;

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

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации.

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

$ПК = КУдс \times КУСмо(КПУСмо)$, где:

КУдс - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

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

3.7.2. Расчет стоимости законченных случаев лечения по КСГ, составляющих исключение из общего порядка расчета стоимости по КСГ в соответствии с п. 3.7.1: (изм. п. 2.4.1.2 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

1) относящиеся к КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение», где стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ (ССдс) определяется по следующей формуле:

$ССдс = БСдс \times КЗдс \times ПК \times КД$, где:

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

$ПК = КУдс \times КСЛП$, где:

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента.

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

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

При этом, суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

2) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, стоимость законченного случая лечения (Сд) определяется по формуле: (изм. п. 2.4.1.3 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

$$\text{Сд} = (\text{Тд}_i \times \text{Чуслуг}_i \text{ ф}_i) + (\text{Т}_i^{\text{доп}} \times \text{Чуслуг}_i \text{ ф}_i), \text{ где:}$$

Тд_i - тариф на оплату услуг диализа;

Чуслуг_i ф_i - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 17 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

$$\text{Тд}_i = \text{БТгд} \times \text{КЗд} \times (\text{КД} \times \text{Д}_{\text{зп}} + (1 - \text{Д}_{\text{зп}})), \text{ где:}$$

БТгд - базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ»;

КЗд - коэффициент относительной затратоемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату диализа, установлен приложением 17 к Тарифному соглашению;

КД - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,112;

Д_{зп} - доля расходов на заработную плату в услуге диализа установлена в размере 20%.

Т_i^{доп} - дополнительный тариф на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии сверх базовой программы ОМС, рассчитанный для i-ой медицинской организации и применяемый к стоимости услуг гемодиализа

$$\text{Т}_i^{\text{доп}} = \frac{\text{ФО}_i^{\text{дост}} - \sum_{n=1}^n \text{ФО}_i^{\text{дост}} \text{ ф}}{\text{Чуслуг}_i - \sum_{n=1}^n \text{Чуслуг}_i \text{ ф}}$$

где $\text{ФО}_i^{\text{дост}}$ - сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2019 год, установленная для i-ой медицинской организации;

$\text{ФО}_i^{\text{дост}} \text{ ф}$ - фактическая сумма средств, направленных на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и

нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, i-ой медицинской организации;

$Ч_{\text{услуг}}$ - количество медицинских услуг гемодиализа в дневных стационарах, установленных комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области на 2019 год;

$Ч_{\text{услуг ф}}$ - фактическое количество медицинских услуг гемодиализа в дневных стационарах.

3) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара и при необходимости в сочетании с оплатой по КСГ, где стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ (ССдс) определяется по следующей формуле: (изм. п. 2.4.1.4 ДС от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

$$\text{ССдс} = \text{БСдс} \times \text{КЗдс} \times \text{ПК} \times \text{КД} + (\text{Тд}_i \times \text{Ч}_{\text{услуг ф}}) + (\text{Т}_i^{\text{доп}} \times \text{Ч}_{\text{услуг ф}})$$

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

$$\text{ФО}_{\text{мо}} = \sum \text{СС}_{\text{дс}}, \text{ где:}$$

$\text{ФО}_{\text{мо}}$ - размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$\text{СС}_{\text{дс}}$ - стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ, рублей.

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

3.9.1. В размере 100% стоимости:

3.9.1.1. случаев госпитализации при выписке, переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, 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, при переводе из дневного стационара в круглосуточный стационар, за исключением прерванных случаев.

3.9.1.2. случаев госпитализации (не относящихся к прерванным), относящихся к КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения (приложение 7/4 к Тарифному соглашению).

3.9.1.3. прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (КСГ ds05.003 – ds05.008, ds08.001, ds19.018– ds19.027) в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии;

3.9.1.4. прерванных случаев проведения лучевой терапии (ds19.001 – ds19.010). 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).

3.9.2. В размере 85% от стоимости случая лечения по КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи при условии выполнения хирургической операции и/или проведении тромболитической терапии, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию указаны в приложении 7/6 к Тарифному соглашению.

3.9.3. В размере 85% от стоимости случая лечения по КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи при длительности лечения более 3-х дней при условии, если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.9.4. В размере 50% от стоимости определенной для данной КСГ оплачивается прерванный случай оказания медицинской помощи при длительности лечения 3 дня и менее при условии, если хирургическое лечение и/или тромболитическая терапия, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводились.

3.10. В случае перевода пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации при условии, что заболевания относятся к одному классу МКБ 10 и/или являются следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

3.11. Оплата по двум КСГ в период одной госпитализации.

3.11.1. При переводе пациента из одного отделения в другое в рамках дневного стационара, 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с пунктами 3.9.2, 3.9.3, 3.9.4.

3.11.2. 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.

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

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

По вышеуказанным случаям проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230.

3.12. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа. (изм. п. 2.4.2 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

3.12.1. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, осуществляется за услуги диализа с учетом фактического объема услуг, по тарифам, установленным приложением 17 к Тарифному соглашению, и при необходимости в сочетании с оплатой по КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, являющееся поводом для госпитализации в дневной стационар.

В период лечения в дневном стационаре пациент, получающий диализ, должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений диализа.

(изм. п. 2.4.3 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

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

3.12.3. Случай оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, предъявленный к оплате одной медицинской организацией, подлежит оплате, в том числе, при пересечении сроков лечения в круглосуточных и дневных стационарах другой медицинской организации. (изм. п. 2.4.4 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

3.12.4. Порядок направления пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии, на лечение в отделение (центр) диализа определяется органами исполнительной власти Челябинской области и органами Управления здравоохранения муниципальных образований в пределах их компетенции. (изм. п. 2.4.5 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

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

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

- карту ведения диализа (вкладыш к истории болезни).

(изм. п. 2.4.6 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

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

3.13.1. Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» производится по соответствующим КСГ, при этом отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза. Критерием для отнесения случая к КСГ ds37.001 – ds37.008 служит оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2-3 балла по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в условиях дневного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

3.13.2. Оплата случаев лечения по КСГ ds37.010 «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» осуществляется по коду медицинской услуги В05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или В05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: В05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», В05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

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

3.14.1. Оплата случаев лечения с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований осуществляется по КСГ ds05.003-ds05.008, ds08.001, ds19.018-ds19.027.

3.14.2. Отнесение случаев к группам ds19.018-ds19.027, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh001 - sh581, sh903, sh904). За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» «Схемы лекарственной терапии» Группировщика.

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

3.14.3. Оплата случая в рамках КСГ рассчитана исходя из определенного количества дней введения. При этом количество дней госпитализации может превышать количество дней введения с учетом периода наблюдения пациента до и после введения лекарственных препаратов. В случае включения в тариф 1-го дня введения лекарственных препаратов из нескольких дней, составляющих цикл, предполагается, что между госпитализациями с целью введения

лекарственных препаратов (в том числе в рамках одного цикла) пациенту не показано пребывание в условиях дневного стационара.

3.14.4. В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

3.14.5. Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh903 или sh904 по следующему правилу:

sh903	Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: C00, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C15, C16, C18, C19, C20, C21, C22.0, C22.1, C23, C24, C25, C30, C31, C32, C33, C34, C37, C38, C40, C41, C43, C44, C45.0, C48, C49, C50, C51, C52, C53, C54, C56, C57, C58, C60, C61, C62, C64, C65, C66, C67, C70, C71, C72, C73, C74.0, D00-D08, D09.1, D09.3-D09.9
sh904	Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C01, C02, C03, C04, C05, C06, C14, C17, C22.2-C22.9, C26, C39, C45.1-C45.9, C46, C47, C63, C68, C69, C74.1-C74.9, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97, D09.2

В случаях применения sh903, sh904 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

3.14.6. Отнесение случаев к группам ds05.003-ds05.008, ds08.001, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у взрослых производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более.

Отнесение к КСГ ds05.003-ds05.004, ds05.007-ds05.008, ds08.001 производится по кодам Номенклатуры:

- A25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей»;
- A25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых».

Отнесение к КСГ ds05.006 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы» производится путем комбинации кодов С81-С96 и кодов Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A25.30.033.001	Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых
A25.30.033.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых

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

3.15. Отнесение к соответствующей КСГ ds19.001-ds19.010 «Лучевая терапия» случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Справочник диапазонов числа фракций

Диапазон фракций	Расшифровка
fr01-05	Количество фракций от 1 до 5 включительно
fr06-07	Количество фракций от 6 до 7 включительно
fr08-10	Количество фракций от 8 до 10 включительно
fr11-20	Количество фракций от 11 до 20 включительно
fr21-29	Количество фракций от 21 до 29 включительно
fr30-32	Количество фракций от 30 до 32 включительно
fr33-99	Количество фракций от 33 включительно и более

3.16. Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены КСГ ds19.011-ds19.015 «Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией». Отнесение к группам осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций), а также кода МНН лекарственных препаратов.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, с расшифровкой содержится в Группировщике «МНН ЛП в сочетании с ЛТ».

В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов «МНН ЛП в сочетании с ЛТ» Группировщика, оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

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

3.17.1. Коэффициент сложности лечения пациента устанавливается в отдельных случаях в связи сложностью лечения пациента, и учитывает более высокие затраты на оказание медицинской помощи. Случаи, в которых применяется КСЛП, а также его значения установлены приложением 8/1 к Тарифному соглашению.

3.17.2. Оплата процедуры экстракорпорального оплодотворения с применением коэффициента сложности лечения пациента осуществляется по КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение».

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

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

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

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.005 «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 «Экстракорпоральное оплодотворение» применяется КСЛП в размере 0,6.

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

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется. В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» с применением КСЛП в размере 0,19.

3.18. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи для КСГ в условиях дневного стационара применяется для перечня КСГ, который установлен приложением 7/2 к Тарифному соглашению. Исключение составляют медицинские организации, расположенные на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), коэффициент уровня оказания медицинской помощи для которых применяется ко всем КСГ.

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

3.19.1. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в соответствии с клиническими показаниями, производится по дополнительному тарифу сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, оказанной застрахованному населению Челябинской области, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, в соответствии с установленными медицинским

организациям суммами финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2019 год (приложение 20/1 к Тарифному соглашению).

3.19.2. Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, на 2019 год установлены приложением 20/2 к Тарифному соглашению.

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

3.20. (искл. п. 2.3.3 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

Глава 4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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

4.1/1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает в себя оплату:

- скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации застрахованному обслуживаемому населению.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации не включает в себя оплату:

- вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- вызовов скорой медицинской помощи, оказываемой выездными бригадами при проведении медицинской эвакуации (консультации);

- вызовов скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

(пункт 4.1/1 доп. п. 2.4.1 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

4.2. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими

организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{(N_{oСМП} \times N_{фзСМП}) \times Чз - O_{СМТР}}{Чз}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{CP}^{СМП}$ - средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

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

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

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

$Чз$ - численность застрахованного населения Челябинской области, человек.

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

$$Пн_{БАЗ} = \frac{(\Phi O_{CP}^{СМП} \times Чз - O_{СВ})}{Чз}, \text{ где:}$$

$Пн_{БАЗ}$ - базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$O_{СВ}$ - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам в Челябинской области за вызов, рублей.

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

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times СКД_{инт}^i, \text{ где:}$$

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

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

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

$$КД_{инт} = КД_{пв} \times КД_{ср} \times КД_{си} \times КД_{зп} \times КД_{суб}, \text{ где:}$$

КД_{инт} - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

КД_{пв} - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации.

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

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

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

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

КД_{ср} - коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания;

КД_{си} - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

КД_{зп} - коэффициент дифференциации заработной платы медицинских работников;

КД_{суб} – коэффициент дифференциации.

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

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПн^i \times Ч_3^i)}{Пн_{БАЗ} \times Ч_3}, \text{ где:}$$

$Ч_3^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе медицинских организаций, человек.

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

$$ФДПн^i = \frac{ДПн^i}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДПн^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

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

$$ФО_{СМП} = ФДПн^i \times Ч_3^{ПР} + ОС_В, \text{ где:}$$

$ФО_{СМП}$ - размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$Ч_3^{ПР}$ - численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией на 1-е число месяца, следующего за отчетным, человек;

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

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

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

4.9. Оплата медицинской помощи при проведении медицинской эвакуации (консультации) производится по тарифам за вызов выездной бригады медицинских организаций, указанных в приложении 1 к Тарифному соглашению. Медицинская эвакуация при наличии показаний осуществляется из медицинских организаций согласно зонам обслуживания, установленным приказом Минздрава Челябинской области от 09.09.2016 № 1517, в любые профильные медицинские организации, которые оказывают медицинскую помощь в сфере ОМС.

4.10. (искл. п. 2.4.2 ДС от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

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

4.12. Финансовое обеспечение станций (подстанций) скорой медицинской помощи и отделений скорой медицинской помощи включает в себя, в том числе стоимость скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, проживающим вне территории обслуживания станции (подстанции, отделений) скорой медицинской помощи по Челябинской области, за исключением скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, указанным в пункте 4.8, 4.9.

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

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

5.1. При наличии медицинских показаний и отсутствии возможности проведения КТ, МРТ в амбулаторных, стационарных условиях, условиях дневных стационаров медицинская организация (далее – МО-Заказчик) направляет пациента в другую медицинскую организацию (далее – МО-Исполнитель) на основании направления. (изм. п. 2.5 ДС от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

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

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

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

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

5.4. Оплата внешних медицинских услуг (КТ, МРТ), оказанных МО-Исполнителями лицам, застрахованным за пределами Челябинской области:

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

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

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

Глава 6. Порядок расчетов между медицинскими организациями за проведенную медицинскую услугу дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией

6.1. Порядок организации работы по дистанционному диспансерному наблюдению больных с артериальной гипертензией на территории Челябинской области осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 11.12.2017 № 2286 «О внедрении пилотного проекта дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией с использованием средств ОМС на территории Челябинской области».

6.2. Перечень медицинских организаций, участвующих в дистанционном диспансерном наблюдении больных с артериальной гипертензией утвержден приказом Минздрава Челябинской области от 11.12.2017 № 2286.

6.3. Расчеты за проведенную медицинскую услугу дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией осуществляются на основании заключенных между медицинскими организациями договоров по установленным тарифам на оплату дистанционного диспансерного наблюдению больных с артериальной гипертензией, без выставления счетов и реестра счетов в СМО.

Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

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

Тарифы на оплату медицинской помощи определяются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

- коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи – для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь.

- коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи – для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры,

оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированных больниц, центров, диспансеров.

- коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи – для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

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

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

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

- заработная плата (включая расходы на финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

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

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

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

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

- начисления на оплату труда;
- прочие выплаты;
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов;
- приобретение продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;
- расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в

медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);

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

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

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

Глава 1. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на 1 застрахованное лицо установлен в размере 4 381,36 рублей.

Средний размер дополнительного финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях сверх базовой программы ОМС, в части оплаты проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установлен в размере 3,69 рублей.

Средний размер дополнительного финансового обеспечения дополнительных объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях сверх базовой программы ОМС застрахованному населению Челябинской области, на 1 застрахованное лицо установлен в размере 0,03 рублей.

(изм. п. 3.1 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 22.02.2019)

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

1.2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению в поликлинике для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи установлены приложением 9/1 к Тарифному соглашению.

1.2.2. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению на дому для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно - поликлинической медицинской помощи установлены приложением 9/2 к Тарифному соглашению.

1.2.3. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС детскому застрахованному населению в поликлинике для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи установлены приложением 9/3 к Тарифному соглашению.

1.2.4. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно - поликлинической медицинской помощи, а также для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи установлены приложением 9/4 к Тарифному соглашению.

1.2.5. Тарифы на оплату неотложной медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению, в поликлинике и на дому установлены приложением 9/5 к Тарифному соглашению.

1.2.6. Тарифы на оплату стоматологических услуг (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанных по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению установлены приложением 10 к Тарифному соглашению.

1.2.7. Тарифы на оплату консультативно-диагностической медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению в консультативно-диагностических центрах Челябинской области, установлены приложением 11 к Тарифному соглашению.

1.2.8. Тарифы на оплату медицинской помощи законченного случая диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения в поликлинике установлены приложением 12 к Тарифному соглашению.

1.2.9. Тарифы на оплату медицинской помощи законченного случая медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения

Челябинской области в поликлинике установлены приложением 13 к Тарифному соглашению.

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

1.3.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установлен в размере 226,00 рублей.

1.3.2. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи:

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

0-1 года		1-4 года		от 5 до 17 лет		от 18 до 54 лет	от 18 до 59 лет	55 лет и старше	60 лет и старше
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
3,481	3,644	2,137	2,223	1,071	1,077	1,015	0,594	1,092	0,895

1.3.2.2. Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (КДсп):

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

- АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть», ГБУЗ «Городская больница № 2 г. Миасс», ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3» установлен в размере 1,25. (изм. п. 3.1 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

1.3.2.3. Коэффициенты дифференциации (КДсуб) установлены:

- для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА - ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,095, ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,032.

1.3.2.4. Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, Поправочный коэффициент, Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторно-

поликлинической медицинской помощи установлены приложением 14 к Тарифному соглашению.

1.4. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (тарифы для взаиморасчетов) (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС застрахованному населению:

1.4.1. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (тарифы для взаиморасчетов) (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению, в поликлинике установлены приложением 15/1 к Тарифному соглашению.

1.4.2. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (тарифы для взаиморасчетов) (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению, на дому установлены приложением 15/2 к Тарифному соглашению.

1.4.3. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (тарифы для взаиморасчетов) (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС детскому застрахованному населению, в поликлинике установлены приложением 15/3 к Тарифному соглашению.

1.4.4. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (тарифы для взаиморасчетов) (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) (на 1 посещение), оказанной по ОМС детскому застрахованному населению, на дому установлены приложением 15/4 к Тарифному соглашению.

1.5. Базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ» установлен в размере 5 949,00 рублей. Базовый тариф на оплату перитонеального диализа по коду услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ» установлен в размере 4 790,00 рублей.

1.6. Тарифы на оплату услуг диализа установлены приложением 17 к Тарифному соглашению.

1.7. Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установлены приложением 20/2 к Тарифному соглашению.

Глава 2. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС в стационарных условиях, на 1 застрахованное лицо без учета высокотехнологичной медицинской помощи установлен в размере 5 365,66 рублей.

Средний размер финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на 1 застрахованное лицо установлен в размере 782,45 рублей.

(абз. 1, 2 изм. п. 3.2.1 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 22.02.2019)

Средний размер дополнительного финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях застрахованному населению

Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита в специализированном инфекционном отделении ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, на 1 застрахованное лицо установлен в размере 9,86 рублей.

Средний размер дополнительного финансового обеспечения дополнительных объемов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях застрахованному населению Челябинской области, на 1 застрахованное лицо установлен в размере 149,86 рублей.

Средний размер дополнительного финансового обеспечения дополнительных объемов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях застрахованному населению Челябинской области по профилю «онкология», на 1 застрахованное лицо установлен в размере 22,07 рублей.

2.2. Базовая ставка в круглосуточном стационаре установлена в размере 21 066,00 рублей. (изм. п. 3.2.1 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

2.3. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратноности установлены приложением 7/1 к Тарифному соглашению.

2.4. Перечень КСГ в круглосуточном стационаре оплата которых осуществляется в размере 100% стоимости случаев госпитализации (не относящихся к прерванным) независимо от длительности лечения установлены приложением 7/3 к Тарифному соглашению.

2.5. Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлены приложением 7/5 к Тарифному соглашению.

2.6. Коэффициенты уровня/подуровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой пролечен пациент, установлены в размере:

Уровень оказания медицинской помощи	Подуровень оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи	Признак градации	Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в сфере ОМС Челябинской области
Уровень 1		0,95		Медицинские организации, относящиеся к 1-му уровню
Уровень 2	2.1	1,10		Медицинские организации, относящиеся ко 2-му уровню
	2.2	1,20	МО, расположенные на территории ЗАТО	ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства» ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства»

Уровень оказания медицинской помощи	Подуровень оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи	Признак градации	Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в сфере ОМС Челябинской области
				ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 Федерального медико-биологического агентства»
	2.3	1,30		ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн»
Уровень 3	3.1	1,10	до 99 зак. случ. по объемам ВМП	МБУЗ Городская клиническая больница № 5
				ГБУЗ «Городская больница № 2 г.Магнитогорск»
				ГБУЗ «Детская городская больница г.Магнитогорск»
				ГБУЗ «Городская больница № 2 г.Миасс»
	3.2	1,15	от 100 до 400 зак. случ. по объемам ВМП	ООО Медицинская клиника «ЭФ ЭМ СИ»
				ООО «Канон»
				МАУЗ Детская городская клиническая больница № 8
				МАУЗ ОЗП Городская клиническая больница № 8
				МАУЗ Городская клиническая больница № 6 (изм. п. 3.2.2 ДС от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 04.03.2019)
				МАУЗ Городская клиническая больница № 9
				ГБУЗ «Областной онкологический диспансер № 2»
				ГБУЗ «Областная больница г.Троицк»
				ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер»
				МАУЗ Городская клиническая больница № 11
ГБУЗ «Городская больница № 3 г.Магнитогорск»				
3.3	1,17	от 401 до 1000 зак. случ. по объемам ВМП	МАУЗ Ордена Трудового Красного Знамени городская клиническая больница № 1	
			ГБУЗ «Городская больница № 3 г.Миасс»	
			ГБУЗ «Областной перинатальный центр»	
			ООО Медицинский центр «МЕДЕОР»	
3.4	1,20	от 1001 зак. случ. по объемам	АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть»	
			НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»	

Уровень оказания медицинской помощи	Подуровень оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи	Признак градации	Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в сфере ОМС Челябинской области
			ВМП	ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»
				ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница»
				ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3»
				ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
	3.5	1,45	Федеральные МО	ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
				ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Челябинск)

2.7. Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента в стационарных условиях, значение коэффициента установлены приложением 8/1 к Тарифному соглашению. (изм. п. 3.2.2 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

2.8. Перечень случаев, для которых установлен управленческий коэффициент в стационарных условиях, значение коэффициента установлены приложением 8/2 к Тарифному соглашению. (изм. п. 3.2.3 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

2.9. Коэффициент дифференциации (КД) установлен:

- для медицинских организаций Челябинской области в размере 1,105;
- для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,21;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,14.

2.10. Базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ» установлен в размере 5 949,00 рублей.

2.11. Тарифы на оплату услуг диализа установлены приложением 17 к Тарифному соглашению.

2.12. Дополнительный тариф на оплату специализированной стационарной медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС по профилю «медицинская реабилитация» за счет средств межбюджетных

трансфертов из бюджета Челябинской области для ГБУЗ «Челябинский областной центр реабилитации», ООО «Санаторий «Карагайский бор» установлен в размере 4 366,00 рублей.

2.13. Дополнительный тариф на оплату специализированной стационарной медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по КСГ st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5)» с применением кода услуги А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция» за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области для ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» установлен в размере 562 500,00 рублей.

2.14. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в круглосуточном стационаре установлены приложением 18 к Тарифному соглашению.

2.15. Тариф на оплату медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, сверх базовой программы ОМС в круглосуточном стационаре «Инфекционные (ВИЧ)» установлен в размере 83 966,80 рублей. (изм. п. 3.2.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.03.2019)

2.16. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 85%, 50% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных пунктом 2.1.9 главы 2 раздела II.

Глава 3. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС в условиях дневных стационаров, на 1 застрахованное лицо установлен в размере 1 299,06 рублей.

Средний размер дополнительного финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой дневными стационарами сверх базовой программы ОМС, в части оплаты проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установлен в размере 31,04 рублей.

(изм. п. 3.3.1 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 22.02.2019)

3.2. Базовая ставка в дневном стационаре установлена в размере 11 560,00 рублей. (изм. п. 3.3.1 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

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

3.4. Перечень КСГ в дневном стационаре оплата которых осуществляется в размере 100% стоимости случаев госпитализации (не относящихся к

прерванным) независимо от длительности лечения установлены приложением 7/4 к Тарифному соглашению.

3.5. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлены приложением 7/6 к Тарифному соглашению.

3.6. Коэффициенты уровня/подуровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой пролечен пациент, установлены в размере:

Уровень оказания медицинской помощи	Подуровень оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи	Признак градации	Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в сфере ОМС Челябинской области
Уровень 1		0,95		Медицинские организации, относящиеся к 1-му уровню
Уровень 2	2.1	1,10		Медицинские организации, относящиеся ко 2-му уровню
	2.2	1,20	МО, расположенные на территории ЗАТО	ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства»
				ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства»
				ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 Федерального медико-биологического агентства»
2.3	1,30		ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн»	
Уровень 3	3.1	1,10		МБУЗ Городская клиническая больница № 5
				ГАУЗ «Городская больница № 2 г.Магнитогорск»
				ГАУЗ «Детская городская больница г.Магнитогорск»
				ГБУЗ «Городская больница № 2 г.Миасс»
	3.2	1,15		МАУЗ Детская городская клиническая больница № 8
				МАУЗ ОЗП Городская клиническая больница № 8
				МАУЗ Городская клиническая больница № 6 (изм. п. 3.3.2 ДС от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 04.03.2019)
				МАУЗ Городская клиническая больница № 9
				ГБУЗ «Областной онкологический диспансер № 2»
				ГБУЗ «Областная больница г.Троицк»
				ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Уровень оказания медицинской помощи	Подуровень оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи	Признак градации	Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в сфере ОМС Челябинской области	
				МАУЗ Городская клиническая больница № 11	
				ГАУЗ «Городская больница № 3 г.Магнитогорск»	
	3.3	1,17			МАУЗ Ордена Трудового Красного Знамени городская клиническая больница № 1
					ГБУЗ «Городская больница № 3 г.Миасс»
					ГБУЗ «Областной перинатальный центр»
					АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть»
	3.4	1,20			НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
					ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»
					ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница»
					ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3»
					ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
	3.5	1,45		Федеральные МО	ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

3.7. Коэффициенты сложности лечения пациента по КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» установлены приложением 8/1 к Тарифному соглашению.

3.8. Перечень случаев, для которых установлен управленческий коэффициент в условиях дневного стационара, значение коэффициента установлены приложением 8/2 к Тарифному соглашению. (изм. п. 3.3.2 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

3.9. Коэффициент дифференциации (КД) установлен:

- для медицинских организаций Челябинской области в размере 1,105;
- для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований
 - ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,21;
 - ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,14.

3.10. Средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» (полный цикл без применения криоконсервации эмбрионов) составляет 122 554,39 рублей. (изм. п. 3.3.3 Д/С от 26.04.2019 № 3/770-ОМС, действ. с 01.05.2019)

3.11. Базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ» установлен в размере 5 949,00 рублей.

3.12. Тарифы на оплату услуг диализа установлены приложением 17 к Тарифному соглашению.

3.13. Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установлены приложением 20/2 к Тарифному соглашению.

3.14. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 85%, 50% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных пунктом 3.9 главы 3 раздела II.

Глава 4. Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи

4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи на 1 застрахованное лицо установлен в размере 754,98 рублей. (изм. п. 3.4 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 22.02.2019)

4.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации установлен в размере 59,80 рублей.

4.3. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи:

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

0-1 года		1-4 года		от 5 до 17 лет		от 18 до 54 лет	от 18 до 59 лет	55 лет и старше	60 лет и старше
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
2,190	2,706	1,634	1,867	0,616	0,651	0,673	0,582	1,835	1,637

4.3.2. Коэффициенты дифференциации (КДсуб) установлены:

- для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,095;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,032.

4.4. Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, Поправочный коэффициент, Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи установлены приложением 19/1 к Тарифному соглашению.

4.5. Тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной застрахованному населению Челябинской области, вне медицинской организации; Тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации; Тарифы за вызов выездной бригады при проведении медицинской эвакуации (консультации), оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации установлены приложением 19/2 к Тарифному соглашению.

Глава 5. Размер тарифов на оплату внешних медицинских услуг (тарифы для взаиморасчетов), проведенных на рентгеновских (шаговых, спиральных и мультиспиральных) компьютерных и магнитно-резонансных томографах

5.1. Тарифы на оплату внешних медицинских услуг (тарифы для взаиморасчетов), оказываемых на рентгеновских (шаговых, спиральных и мультиспиральных) компьютерных и магнитно-резонансных томографах взрослому и детскому застрахованному населению, установлены приложением 15/5 к Тарифному соглашению. (изм. п. 3.5 Д/С от 19.03.2019 № 2/770-ОМС, действ. с 01.04.2019)

Глава 6. Размер тарифов на оплату медицинских услуг дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией

6.1. Тарифы на оплату медицинских услуг дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией установлены приложением 16 к Тарифному соглашению.

Раздел IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

КОД ДЕФЕКТА	ПЕРЕЧЕНЬ НАРУШЕНИЙ	СУММА НЕ ПОДЛЕЖАЩАЯ ОПЛАТЕ	РАЗМЕР ШТРАФА
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС;		30 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		30 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме		30 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:			
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;		300 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС, в том числе:			

1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.3.2.	Повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).		300 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.		100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2. Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях		100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4. Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:			

2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		50 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи			

3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:			
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	40 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	90 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	300 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:			

3.3.1			
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	40 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	50 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	80 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	70 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	30 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	60 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	30 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	30 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	90 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	

4.2.	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	10 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	90 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	100 процентов размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи

4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.		
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту.		
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов.			
5.1. Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	

5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.3. Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:			
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	

5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.4. Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:			
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.5. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:			
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	

5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:			
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	

5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	100 процентов от размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи	
--------	--	--	--

Раздел V. Заключительные положения

Глава 1. Порядок внесения изменений в Тарифное соглашение

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

1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи могут пересматриваться комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Глава 2. Прочие условия Тарифного соглашения

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

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

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

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

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

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

Глава 3. Срок действия Тарифного соглашения

3.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2019.

3.2. Со дня вступления в силу настоящего Тарифного соглашения утрачивают силу Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 17.01.2018 № 1/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 14.02.2018 № 2/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение

от 20.02.2018 № 3/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 20.03.2018 № 4/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 19.04.2018 № 5/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 16.05.2018 № 6/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 19.06.2018 № 7/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 17.07.2018 № 8/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 29.08.2018 № 9/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 16.10.2018 № 10/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 14.11.2018 № 11/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 14.12.2018 № 12/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС, Дополнительное соглашение от 15.01.2019 № 13/625-ОМС к Тарифному соглашению от 19.12.2017 № 625-ОМС.

(изм. п. 2 ДС от 19.02.2019 № 1/770-ОМС, действ. с 01.01.2019)