

# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

г. Ставрополь

29 декабря 2016 года

## **I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

### **Статья 1. Основания заключения тарифного соглашения**

1. Настоящее тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края (далее соответственно – тарифное соглашение, ОМС) заключено в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Ставропольского края от 27.12.2016 № 551-п.

2. Настоящее тарифное соглашение принято комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае (протокол от 29.12.2016 № 15).

### **Статья 2. Предмет тарифного соглашения**

1. Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС (далее – тариф) на территории Ставропольского края.

2. Настоящее тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (далее соответственно – страховая организация, медицинская организация), возникающие при формировании тарифов и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

3. Настоящее тарифное соглашение устанавливает общие принципы и порядок формирования тарифов, формирование затрат в тарифах, порядок и условия применения тарифов, в том числе порядок урегулирования разногласий, возникающих при формировании и применении тарифов, общие требования к формированию информации об оказанной медицинской помощи и тарифы на соответствующий финансовый год.

### **Статья 3. Стороны тарифного соглашения**

На основании статей 30 и 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,

статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сторонами тарифного соглашения являются министерство здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края (далее – фонд), общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М», акционерное общество ВТБ Медицинское страхование, общественная организация «Врачи Ставропольского края», Ставропольская краевая организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице уполномоченных представителей.

#### Статья 4. Порядок применения тарифного соглашения

Настоящее тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Ставропольского края лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации лицам, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

#### Статья 5. Основные термины, понятия и сокращения

Для целей настоящего тарифного соглашения используются следующие основные термины, понятия и сокращения:

- 1) Федеральный закон – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- 2) застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется ОМС в соответствии с Федеральным законом;
- 3) базовая программа ОМС – составная часть Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1403;
- 4) Территориальная программа – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденная постановлением Правительства Ставропольского края от 27.12.2016 № 551-п;
- 5) территориальная программа ОМС – составная часть Территориальной программы;
- 6) сверхбазовая программа ОМС – перечень страховых случаев, виды и условия оказания медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС в дополнение к базовой программе ОМС;
- 7) Комиссия – комиссия по разработке территориальной программы

обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае, созданная постановлением Правительства Ставропольского края от 03.10.2012 № 365-п;

8) Правила – Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н;

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

10) Номенклатура – Номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

11) Перечень ЖНиВЛП – Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, устанавливаемый в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

12) Порядок контроля – Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230;

13) плановый объем медицинской помощи – годовой объем и финансовое обеспечение предоставляемой в рамках территориальной программы ОМС медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенный решением Комиссии, с разбивкой по кварталам;

14) тариф – сумма возмещения расходов медицинских организаций на единицу объема медицинской помощи в рублях с двумя знаками после запятой;

15) законченный случай оказания медицинской помощи – оказанный при наступлении страхового случая объем медицинской помощи, ограниченный временным интервалом, в результате которого достигнут клинический результат обращения застрахованного лица в медицинскую организацию;

16) законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе стоматологической помощи, – медицинская помощь, включая посещения, лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оказанная пациенту по основному и сопутствующему заболеванию при обращении пациента в медицинскую организацию для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях в необходимом для достижения клинического результата объеме;

17) законченный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара – медицинская помощь, включая лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оперативные вмешательства, анестезиологические и реанимационные пособия, оказанная пациенту в зависимости от его состояния по основному и сопутствующему заболеванию от момента поступления в медицин-

скую организацию (начала лечения) пациента до его выбытия (окончания лечения) в необходимом для достижения клинического результата объеме;

18) сверхкороткий законченный случай оказания специализированной медицинской помощи – медицинская помощь, оказанная пациенту в зависимости о его состояния по основному и сопутствующему заболеванию в необходимо для достижения клинического результата объеме в течение сверхкороткого (до трех дней включительно) пребывания пациента в стационаре или дневном стационаре;

19) прерванный случай оказания специализированной медицинской помощи – медицинская помощь, оказание которой было прервано до достижения клинического результата лечения в связи со смертью пациента, преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения или обоснованным переводом пациента в другую медицинскую организацию, а также при проведении диагностических исследований или переводом больного из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации в случаях, установленных настоящим тарифным соглашением;

20) сверхкороткий прерванный случай оказания специализированной медицинской помощи – медицинская помощь, оказание которой было прервано до достижения клинического результата лечения при фактической длительности госпитализации не более трех дней;

21) законченный случай оказания скорой медицинской помощи – медицинская помощь, включая лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оперативные вмешательства, анестезиологические и реанимационные пособия, оказанная пациенту в экстренной или неотложной форме подразделением скорой медицинской помощи вне медицинской организации, в объеме, необходимом для купирования состояния, требующего срочного медицинского вмешательства, или до доставки пациента в медицинскую организацию;

22) подушевой норматив финансирования (далее – ПдНФ) – годовой объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся или обслуживаемое медицинской организацией при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

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

24) посещение – контакт пациента с врачом и (или) средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, по любому поводу с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом);

25) профилактическое посещение – случай поликлинического обслуживания, не связанный с заболеванием, в том числе осмотр отдельных контингентов здорового населения (дети первых шести лет жизни, школьники, подростки (юноши и девушки), женщины с нормально протекающей беременностью), а также посещение по поводу проведения прививок в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям<sup>1</sup> и иными нормативными документами, осмотр здорового населения;

26) диспансерное посещение – случай поликлинического обслуживания, связанный с диспансерным приемом здоровых граждан, наблюдением за больными хроническими или отдельными формами острых заболеваний, а также посещения диспансерным контингентом в период ремиссии, в связи с оформлением документов для медико-социальной экспертизы или санаторно-курортного лечения;

27) патронаж – активное посещение диспансерных больных по инициативе врача (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием), наблюдение на дому беременных и матерей в первое время после родов, наблюдение новорожденных и детей до трех лет жизни, динамическое наблюдение за контактными лицами в эпидемиологическом очаге (источник инфекции) и т.п.;

28) консультативное посещение – случай поликлинического обслуживания, выполненный по направлению лечащего врача к врачу-специалисту по поводу уточнения диагноза, обследования, лечения или коррекции всей тактики ведения больного;

29) посещение при оказании неотложной помощи – случай оказания медицинской помощи в неотложной форме больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе на дому и в амбулаторных условиях персоналом больничных подразделений и подразделений скорой медицинской помощи больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе на дому;

30) посещение, выполненное мобильной медицинской бригадой – случай оказания амбулаторной медицинской помощи мобильной медицинской бригадой жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климатогеографических условий<sup>2</sup>;

---

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

<sup>2</sup> Перечень населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую

31) прочее посещение – случай поликлинического обслуживания, не связанный с заболеванием и обследованием пациента (посещение для повторной выписки рецепта, закрытия листка нетрудоспособности по уходу за больным и т.п.);

32) доврачебное посещение – посещение, оказанное средним медицинским персоналом в случаях ведения самостоятельного приема во врачебном амбулаторно-поликлиническом учреждении, фельдшерско-акушерском пункте, школе, дошкольном учреждении, в том числе посещение по поводу процедур, манипуляций;

33) посещение по поводу процедур, манипуляций – посещение среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, по поводу процедур или манипуляций, сопровождаемое назначением и(или) выполнением лечения, записями динамического наблюдения, постановкой диагноза и другими записями в медицинской документации на основании наблюдения за пациентом;

34) посещение в приемном отделении – случай оказания медицинской помощи в неотложной форме, в том числе с использованием параклинических методов исследования, не завершившийся госпитализацией застрахованного лица в данную медицинскую организацию;

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

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

37) обращение в связи с заболеванием – законченный случай оказания пациенту амбулаторно-поликлинического учреждения, соответствующего структурного подразделения больничного учреждения или другой медицинской организации, в том числе оказывающего специализированную медицинскую помощь, в связи с заболеванием, включая необходимые диагностические обследования и консультации врачей-специалистов (при оказании медицинской помощи, не требующей экстренных или неотложных мероприятий), в том числе посещение по поводу заболевания пациента на дому врачом или средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, включающий в себя не менее двух посещений по поводу одного заболевания;

38) обращение при проведении диспансеризации определенных групп населения, а также профилактических осмотров, предварительных осмотров, периодических осмотров – законченный случай оказания пациенту амбулаторной медицинской помощи, включающий объем функциональных, лаборатор-

ных исследований и врачебных осмотров, предусмотренных порядком их проведения, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

39) внешняя медицинская услуга – дорогостоящая диагностическая и лечебная услуга, оказываемая застрахованным лицам в медицинской организации – исполнителе согласно решению Комиссии и в установленном ею объеме исходя из потребности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь (по направлению врача-специалиста медицинской организации – заказчика) и оплачиваемая согласно настоящему тарифному соглашению;

40) случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в качестве оформления которого предусмотрено ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС;

41) высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

42) клинико-статистическая группа заболеваний (далее – КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов, а также средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

43) базовая ставка тарифа (базовый тариф) – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой (средняя стоимость законченного случая лечения);

44) коэффициент дифференциации тарифов (далее – КфДТ) – коэффициент, применяемый к базовым тарифам на оплату медицинской помощи, которым учитываются ресурсоемкость оказываемой медицинской помощи в зависимости от возраста пациентов с учетом его половой принадлежности, методов лечения, цели обращения за медицинской помощью и иных объективных критериев (коэффициент потребления медицинской помощи, коэффициент относительной затратно-емкости, коэффициент дифференциации подушевого норматива);

45) коэффициент потребления медицинской помощи (далее – КфПТ) – коэффициент, которым учитывается ресурсоемкость оказываемой медицинской помощи в зависимости от возраста пациента с учетом его половой принадлежности;

46) коэффициент относительной затратоемкости (далее – КфОЗ) – коэффициент, отражающий отношение затратоемкости КСГ или иного тарифа к базовой ставке, которым учитываются ресурсоемкость оказываемой медицинской помощи в зависимости от методов лечения, цели обращения за медицинской помощью и иных объективных критериев;

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

48) поправочный коэффициент (далее – КфПК) – коэффициент, применяемый к тарифам на оплату медицинской помощи для нивелирования арифметических округлений и (или) интегрированный коэффициент, устанавливаемый с учетом коэффициентов оплаты (управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациента);

49) управленческий коэффициент (далее – КфУК) – коэффициент, позволяющий корректировать тариф с целью регулирования уровня госпитализации, учета региональных особенностей оказания специализированной медицинской помощи, стимулирования к внедрению конкретных современных методов лечения, ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, а также для коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев оказания специализированной медицинской помощи преимущественно в монопрофильных медицинских организациях;

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

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

52) коэффициент сложности лечения пациента (далее – КфСЛ) – коэффициент, которым учитывается более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи в отдельных случаях лечения в зависимости от возраста пациента с учетом его половой принадлежности, наличия сопутствующего заболевания, опасных для жизни состояний, осложнений основного заболевания, тяжести состояния пациента, и других объективных причин, требующих создания в отдельных случаях по медицинским показаниям особых условий наблюдения за пациентом, учитывающий большую ресурсоемкость примененных медицинских технологий, а также сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями;

53) вызов скорой медицинской помощи – случай обращения в медицинскую организацию (отделение) скорой медицинской помощи по поводу заболевания, несчастного случая, травмы, отравления или другого состояния,



представляющего угрозу жизни пациента, требующего срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации, в результате которого пациенту была оказана скорая медицинская помощь выездной бригадой скорой медицинской помощи;

54) ПСМП – подразделение скорой медицинской помощи;

55) медицинская эвакуация – транспортировка граждан в медицинские организации в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий), с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

56) региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц на территории Ставропольского края (далее – РС ЕРЗ) – форма персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах на территории Ставропольского края, который ведется фондом и является неотъемлемой частью центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

## II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

### Статья 6. Общие правила применения тарифов

1. Тарифы применяются с даты, определенной настоящим тарифным соглашением (далее – дата введения тарифов), и действуют в течение финансового года. При введении в течение финансового года новых тарифов ранее действовавшие тарифы не подлежат применению.

2. Тарифы применяются в соответствии с правилами, установленными настоящим тарифным соглашением. При формировании стоимости случая оказания медицинской помощи применяются тарифы, действующие на момент окончания лечения.

3. Срок действия тарифов может быть продлен на срок до трех лет, о чем на основании решения Комиссии сторонами подписываются изменения к настоящему тарифному соглашению.

### Статья 7. Общие принципы и порядок формирования тарифов

1. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи по ОМС и компенсируемых средствами ОМС расходов по предоставлению застрахованным лицам медицинской помощи по ОМС осуществляется в пределах финансовых средств, предусмотренных в бюджете фонда на соответствующий финансовый год.

2. Формирование тарифов осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и с учетом нижеследующего:

структура тарифов установлена Федеральным законом и Территориальной программой;

способы оплаты медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, устанавливаются Территориальной программой;

тарифы формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения и включают в себя виды затрат (расходов), компенсируемых средствами ОМС согласно Территориальной программе (включенных в структуру тарифов).

3. Тарифы рассчитываются Комиссией в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной Правилами:

на одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, в том числе на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

на одно обращение в связи с заболеванием;

на одно обращение в связи с проведением диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан;

на один вызов скорой медицинской помощи;

на медицинскую услугу по видам медицинских услуг, определенных Территориальной программой, или стоматологических лечебно-диагностических услуг, оказываемых за счет средств ОМС;

за законченный или прерванный случай оказания медицинской помощи, включенный в КСГ;

за случай оказания ВМП, включенной в перечень видов ВМП, оплачиваемой за счет средств ОМС, в соответствии с территориальной программой ОМС (далее – норматив финансовых затрат ВМП);

на основе ПдНФ на прикрепившихся к медицинской организации (обслуживаемых медицинской организацией) застрахованных лиц.

4. Тарифы КСГ рассчитываются согласно рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

5. Порядок расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС приведен в приложении 1 к настоящему тарифному соглашению.

Статья 8. Общие принципы оплаты медицинской помощи согласно федеральному законодательству

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС на территории Ставропольского края, осуществляется в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами, регулирую-

щими порядок оплаты медицинской помощи из средств ОМС, настоящим тарифным соглашением, иными утвержденными в установленном порядке нормативными правовыми актами, регулирующими правоотношения в сфере ОМС, а также в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенных по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

2. Настоящее тарифное соглашение является неотъемлемой частью заключенных медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями или фондом договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории Ставропольского края, производится по тарифам, установленным настоящим тарифным соглашением, в пределах плановых объемов медицинской помощи в расчете на квартал.

4. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим скорую и амбулаторно-поликлиническую помощь, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи в пределах нормативов территориальной программы ОМС.

5. Для обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в объеме территориальной программы ОМС медицинские организации самостоятельно регулируют выполнение плановых объемов медицинской помощи, в том числе способом установления очередности оказания плановой медицинской помощи с соблюдением условий предоставления бесплатного оказания медицинской помощи, установленных базовой программой ОМС.

6. Оплата медицинской помощи производится на основании предъявленных медицинскими организациями счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, сформированных в соответствии с установленными требованиями:

страховыми медицинскими организациями в соответствии с условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и условиями договора о финансовом обеспечении ОМС, заключенного по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования»;

фондом на основании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, предъявляемых медицинскими организациями в фонд:

1) в случае прекращения (расторжения) в установленном порядке договора о финансовом обеспечении ОМС, при этом в соответствии с Федеральным законом фонд оплачивает медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным страховой медицинской организацией, с которой прекращен (расторгнут) договор о финансовом обеспечении ОМС на основании условий договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, до момента выбора застрахованными лицами другой страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС на территории Ставропольского края, но не более двух месяцев;

2) в рамках межтерриториальных расчетов в соответствии с Правилами в рамках базовой программы ОМС, при этом проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется фондом.

7. Оплата медицинской помощи производится страховыми медицинскими организациями или фондом с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведенного в соответствии с Порядком контроля, на основании счетов на оплату, предъявленных медицинскими организациями, в сроки и на условиях, установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

8. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Ставропольского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по видам, условиям и формам, включенным в базовую программу ОМС, по способам, тарифам, действующим на территории Ставропольского края.

Статья 9. Правила применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) или фельдшером, осуществляется по ПдНФ в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) или фельдшером лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).

2. Оплата первичной специализированной медико-санитарной помощи,

диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан осуществляется за законченный случай оказания медицинской помощи по тарифам обращения или посещения, а также медицинских услуг по перечню медицинских услуг, установленных настоящим тарифным соглашением.

3. Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, кроме случаев, установленных статьями 12 и 13 настоящего тарифного соглашения, предъявляется к оплате по установленным настоящим тарифным соглашением тарифам обращения или посещения, а также по тарифам медицинских услуг согласно настоящему тарифному соглашению.

Тариф обращения, кроме обращения в связи с проведением мероприятий по диспансеризации, профилактического медицинского осмотра или обращения в центр здоровья, а также тариф посещения определяются в зависимости от медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, его специальности и цели обращения за медицинской помощью согласно настоящему тарифному соглашению.

Статья 10. Перечни медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

1. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по ПдНФ на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), определены в приложении 2 к настоящему тарифному соглашению.

2. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (структурные подразделения медицинских организаций), в том числе не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), определены в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

Статья 11. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по ПдНФ

1. По ПдНФ оплачивается первичная доврачебная и врачебная медико-санитарная помощь, оказываемая в амбулаторных условиях (за исключением неотложной медицинской помощи, мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан) врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей врачебной практики, фельдшерами по территориально-участковому принципу, врачами, средним медицинским персоналом медицинских кабинетов и (или)

здравпунктов, ДШО, и включающая мероприятия, не связанные непосредственно с процессом оказания медицинской помощи пациенту (не тарифицируемые в единицах объема медицинской помощи) и направленные на профилактику, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

2. По ПдНФ оплачиваются мероприятия, которые определены приказами Министерства здравоохранения и социального развития от 17.01.2005 № 84 «О Порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)», от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи», в том числе следующие мероприятия:

организация информирования населения о необходимости выявления факторов риска и оценки степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний, их коррекции и профилактики;

организация консультирования по вопросам ведения здорового образа жизни и формирование мотивации к ведению здорового образа жизни;

проведение оздоровительных мероприятий, медикаментозной и немедикаментозной коррекции факторов риска (разработка и обеспечение памятками);

проведение групповой профилактики (школ здоровья), санитарно-гигиеническое образование и санитарно-просветительная работа, анализ потребности обслуживаемого населения в проведении оздоровительных мероприятий и разработка соответствующих программ;

обучение населения оказанию первой помощи при неотложных состояниях и заболеваниях, обуславливающих основную часть внегоспитальной смертности населения обслуживаемого участка.

3. При оплате медицинской помощи по ПдНФ в реестры счетов на оплату медицинской помощи ОМС в обязательном порядке включаются все единицы объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по установленным тарифам.

Статья 12. Правила применения тарифа ПдНФ медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу

1. По тарифу ПдНФ оплачивается первичная врачебная и доврачебная медико-санитарная помощь застрахованным на территории Ставропольского края лицам, прикрепившимся к медицинской организации для обслуживания в установленном порядке на основании данных РС ЕРЗ по состоянию на первое число отчетного месяца.

2. До момента реализации застрахованным лицом права на выбор медицинской организации и врача (фельдшера), оказывающего первичную медико-

санитарную помощь, прикрепившимися для обслуживания считаются застрахованные лица, проживающие на обслуживаемом участке и находящиеся на медицинском обслуживании врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) или фельдшером.

3. Медицинские организации ежемесячно предоставляют в страховые медицинские организации в сроки согласно договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС сведения о застрахованных лицах, подавших в течение отчетного месяца заявления о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, и о прикрепленных в отчетном месяце для получения первичной медико-санитарной помощи застрахованных лицах.

### Статья 13. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в ДШО

1. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в ДШО осуществляется способом установления коэффициента дифференциации к тарифу ПдНФ, учитывающего численность обслуживаемого соответствующим подразделением застрахованного населения и расходы на содержание ДШО.

2. В реестры обслуживаемого населения подлежат включению обслуживаемые ДШО застрахованные лица, обучающиеся в образовательных организациях, за исключением обучающихся по программам высшего и дополнительного профессионального образования, и лиц, застрахованных на территории иных субъектов Российской Федерации. Реестры обслуживаемого населения или изменения к ним предоставляются в страховую медицинскую организацию в сроки согласно договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС ежемесячно по состоянию на первое число отчетного месяца.

При выявлении в реестрах обслуживаемого населения дублирующих записей об обслуживаемых лицах, также в случае предъявления на оплату медицинской помощи лицам старше восемнадцати лет, обоснованность предъявления к оплате медицинской помощи, предоставляемой ДШО, подтверждается медицинской организацией по запросу плательщика в процессе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

### Статья 14. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, оплачиваемая по тарифу посещения, обращения, медицинской услуги

1. По тарифу посещения, обращения, медицинской услуги оплачивается первичная доврачебная, врачебная и первичная специализированная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей врачебной практики, врачами-специалистами и средним медицинским

персоналом в плановой и неотложной форме, и включающая в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни (тарифицированные в единицах объема медицинской помощи), в том числе выполненные при обращении пациента за медицинской помощью при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения.

2. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (состояний) врачами разных специальностей формируются два и более случая.

3. Случай лечения заболевания считается завершенным при наступлении клинического исхода (улучшение, выздоровление) и (или) организационного исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, в том числе в стационар дневного пребывания, перевод в другую медицинскую организацию, отказ от получения медицинской помощи, в том числе неявка пациента, прекращение наблюдения, вне зависимости от формы лечения).

4. При продолжении начатого ранее лечения в другой медицинской организации или направлении на консультацию, обследование в другую медицинскую организацию, а также при диагностическом или восстановительном лечении в другой медицинской организации, к оплате предъявляются фактически выполненные объемы медицинской помощи каждой медицинской организации по соответствующим тарифам.

Статья 15. Правила применения тарифов посещения при оплате первичной медико-санитарной помощи

1. При расчетах за оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях как законченный случай оказания медицинской помощи по тарифу посещения оплачиваются следующие случаи однократного оказания медицинской помощи:

посещения пациентом медицинской организации в связи с заболеванием или с иной целью, кроме случаев выполнения пациенту хирургического вмешательства;

посещения пациентом медицинской организации, в связи с отказом пациента от дальнейшего лечения, в том числе в связи неявкой на повторный прием или по иным независимым от медицинской организации причинам при выполнении хирургического вмешательства;

посещения при наблюдении здоровых детей первого года жизни;

проведение периодических медицинских осмотров несовершеннолетних в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской



Федерации;

проведения профилактических медицинских осмотров совершеннолетних студентов и учащихся образовательных учреждений высшего, среднего и начального профессионального образования дневной формы обучения;

проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;

выполнения диспансерного наблюдения беременных женщин;

посещения при диспансерном наблюдении (включая необходимые диагностические исследования);

посещения по поводу проведения прививок в соответствии с Национальным календарем прививок и Календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, иными нормативными документами (финансовое обеспечение приобретения иммунобиологических препаратов предоставляется за счет средств соответствующих бюджетов в соответствии с законодательством Российской Федерации).

2. Посещение среднего медицинского персонала подлежит оплате в случае ведения самостоятельного приема с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного.

3. Два и более посещения в один день к врачу (специалисту со средним медицинским образованием, ведущему самостоятельный прием) одной специальности (профиля) в одной медицинской организации предъявляются к оплате в случаях, установленных частью 1 статьи 15 настоящего тарифного соглашения, как одно посещение, кроме посещений к врачам центров здоровья или повторных посещений для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, которые предъявляются к оплате по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу посещения.

4. Оплате как посещение не подлежат консультации врачами поликлиник больных, находящихся на лечении в стационарных условиях.

5. Оплате как однократное посещение не подлежит первое посещение в связи с оказанием медицинской помощи в связи с заболеванием в амбулаторных условиях или на дому, кроме посещений при оказании неотложной медицинской помощи, если случай лечения в связи с заболеванием продолжается, и медицинская помощь подлежит оплате в соответствии со статьей 16 настоящего тарифного соглашения.

6. Посещение при оказании неотложной медицинской помощи подлежит оплате в случае оказания неотложной медицинской помощи врачом терапевтом, врачом терапевтом участковым, врачом педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, выполняющим отдельные функции лечащего врача, врачом (фельдшером) кабинета (отделения) неотложной помощи, врачом травматологом-ортопедом, урологом, урологом-андрологом детским, кардиологом, кардиологом детским, хирургом, хирургом

детским, колопроктологом, офтальмологом, оториноларингологом, неврологом и инфекционистом.

7. Групповое профилактическое консультирование врачом-специалистом пациентов с хронической патологией, состоящих на диспансерном учете по соответствующему заболеванию, предьявляется к оплате по тарифу диспансерного посещения соответствующего врача-специалиста с коэффициентом 0,3. Посещения, выполненные врачом-специалистом в ходе группового профилактического консультирования в порядке, установленном приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации<sup>3</sup>, подлежат оплате не чаще одного раза в течение календарного года и если сопровождаются записью в первичной медицинской документации.

Статья 16. Правила применения тарифов обращения при оплате первичной медико-санитарной помощи

1. Количество и набор необходимых диагностических и лечебных услуг, приемов лечащего врача и консультаций врачей-специалистов в обращении определяется с учетом профиля заболевания пациента и его состояния, а также согласно порядкам оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, при их отсутствии, в соответствии со сложившейся клинической практикой. При этом обращение включает не менее двух приемов лечащего врача по поводу одного заболевания.

2. Случай оказания медицинской помощи в связи с заболеванием предьявляется к оплате по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу обращения в связи с заболеванием, кроме случаев однократного посещения пациентом медицинской организации, который предьявляется к оплате в соответствии с частью 1 статьи 15 настоящего тарифного соглашения.

Посещения, выполненные находящемуся на амбулаторном лечении в медицинской организации пациенту, оплате дополнительно к тарифу обращения не подлежат, кроме посещений к врачам центров здоровья.

3. Если при оказании первичной медико-санитарной помощи пациент направлен для лечения в амбулаторных условиях к врачу-специалисту, случай оказания медицинской помощи в связи с заболеванием предьявляется к оплате по тарифу обращения в связи с заболеванием согласно специальности врача-специалиста, оказавшего медицинскую помощь, и дополнительно по тарифу однократного посещения направившего врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики или фельдшера.

Если при оказании первичной специализированной медико-санитарной

<sup>3</sup> Оплате подлежат школы здоровья для больных сахарным диабетом, с сердечной недостаточностью и с пульмонологическими заболеваниями, организуемые в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», от 15.11.2012 № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» и от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

помощи в один период времени пациент лечится у нескольких врачей-специалистов по поводу разных, не связанных между собой заболеваний, случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу каждого выполненного обращения в связи с заболеванием согласно специальности врача-специалиста, оказавшего медицинскую помощь. В этом случае обоснованность оказания медицинской помощи в связи с заболеванием в амбулаторных условиях несколькими врачами-специалистами подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

4. Случай оказания амбулаторной медицинской помощи пациенту при длительно текущем остром заболевании (более одного месяца) исключительно в амбулаторных условиях, при обострении хронического заболевания, диспансерном наблюдении больных хроническими неинфекционными заболеваниями, при диспансерном наблюдении беременных женщин как законченный случай медицинской помощи оказанная медицинская помощь оплачивается за истекший отчетный период (ежемесячно) как обращение в связи с заболеванием при наличии двух или более посещений в отчетном месяце.

В случае однократного посещения пациентом медицинской организации в отчетном месяце, оказанная медицинская помощь оплачивается как профилактическое посещение или прочее посещение (в зависимости от цели обращения за медицинской помощью).

5. Если при оказании амбулаторной медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с кодом Номенклатуры указывается код хирургического вмешательства или коды хирургических вмешательств, если их было несколько.

6. В число посещений, входящих в обращение в связи с заболеванием, не входят и подлежат оплате по установленным тарифам посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

**Статья 17. Правила применения тарифов обращения при оплате мероприятий по диспансеризации определенных групп населения**

1. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью предъявляется к оплате по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу обращения при условии выполнения стандарта законченного случая соответствующей диспансеризации, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации, или ее первого этапа и при необходимости дополнительных консультаций и исследований.

Если по основаниям, установленным порядком проведения соответствующей диспансеризации, ребенку проведены дополнительные консультации и исследования, указанная медицинская помощь предъявляется к оплате по тарифу посещения соответствующего врача-специалиста дополнительно к тарифу обращения в связи с проведением диспансеризации.

2. В случае если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), перечисленных в приказе Министерством здравоохранения Российской Федерации, указанная медицинская организация привлекает для проведения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими медицинскими организациями.

3. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения предъявляется к оплате по правилам проведения соответствующей диспансеризации, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФОМС:

по итогам первого этапа диспансеризации в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта – по установленной настоящим тарифным соглашением стоимости обращения;

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

4. Если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации в соответствии с определенным Министерством здравоохранения Российской Федерации порядком ее проведения, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем

выполненных в рамках диспансеризации и учтенных в соответствии с порядком проведения диспансеризации 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 посещения и медицинские услуги.

5. Единицей учета врачебных осмотров при проведении мероприятий по диспансеризации определенных групп населения является профилактическое посещение.

Статья 18. Правила применения тарифов обращения при оплате мероприятий по профилактическим и предварительным медицинским осмотрам несовершеннолетних

1. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по профилактическим и предварительным медицинским осмотрам несовершеннолетних предъявляется к оплате по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу обращения при условии выполнения стандарта законченного случая соответствующего мероприятия, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2. В случае если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), перечисленных в приказе Министерством здравоохранения Российской Федерации, указанная медицинская организация привлекает для проведения профилактическим, предварительным, периодическим медицинским осмотрам несовершеннолетних медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими медицинскими организациями.

Статья 19. Правила применения тарифов медицинской услуги при оплате первичной медико-санитарной помощи

1. К оплате в установленных настоящим тарифным соглашением случаях предъявляются следующие медицинские услуги:

исследование методами компьютерной томографии (далее – КТ);

исследование методами магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ);

исследование методами радиоизотопной диагностики;

исследование методами сцинтиграфии;

диализ;

иные дорогостоящие диагностические и лечебные услуги по перечню, установленному настоящим тарифным соглашением.

2. Оплата вышеуказанных медицинских услуг производится дополнительно к оплате по тарифу посещения и обращения.

Предъявление к оплате вышеуказанных медицинских услуг осуществляется по установленным настоящим тарифным соглашением кодам медицинских услуг путем формирования дополнительной позиции в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС.

3. При предъявлении для оплаты исследований методами КТ и МРТ медицинские организации руководствуются номенклатурой медицинских услуг по лучевой диагностике, утвержденной министерством.

При проведении пациенту методами КТ или МРТ исследования одного органа или одной группы органов в случае необходимости продолжения исследования с усилением, услуга предъявляется к оплате как одно исследование по тарифу медицинской услуги, установленному для соответствующего исследования с усилением.

В случае проведения пациенту методами КТ или МРТ исследования одновременно нескольких органов (двух и более), принадлежащих к одной группе исследуемых органов, услуга предъявляется к оплате как одно исследование по тарифу медицинской услуги, установленному для исследуемой группы органов.

Статья 20. Особенности применения тарифов медицинской услуги диализа при оплате первичной медико-санитарной помощи

1. При выполнении пациентам, страдающим хронической почечной недостаточностью, диализа в амбулаторных условиях (если обеспечение лекарственными препаратами финансируется из иных нежели ОМС средств), оказанная медицинская помощь предъявляется на оплату по тарифу медицинской услуги - за одну процедуру экстракорпорального диализа или один день перитонеального диализа.

2. Для учета выполненных объемов диализной медицинской помощи лечение пациента в течение календарного месяца учитывается как одно обращение в связи с заболеванием (в среднем - 12 процедур экстракорпорального диализа или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение календарного месяца). При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в установленном порядке указывается информация об обращении без указания стоимости, выставленной к оплате.

При выполнении диализа в амбулаторных условиях обеспечение пациента лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений, осуществляется за счет иных средств.

3. К тарифу медицинской услуги диализа КфДТ и КфПК не применяются.

## Статья 21. Правила применения тарифов при оплате внешних медицинских услуг

1. Направление пациента на внешние услуги, предусмотренные настоящим соглашением, производится медицинскими организациями – заказчиками при наличии медицинских показаний и невозможности выполнить для достижения результата обращения за медицинской помощью необходимый объем исследований.

2. Оплата внешних медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями – исполнителями, производится страховыми медицинскими организациями за фактические оказанные внешние медицинские услуги в соответствии с настоящим тарифным соглашением. Оплате подлежат случаи оказания медицинских услуг, подтвержденные направлениями медицинских организаций – заказчиков, в пределах объемов, установленных Комиссией.

Для обеспечения достоверности расчетов и контроля объема выполненных внешних услуг медицинские организации – заказчики ежемесячно не позднее 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, направляют реестры выданных направлений в медицинские организации – исполнители и в страховые медицинские организации. Страховые медицинские организации и медицинские организации – заказчики ежемесячно осуществляют сверку представленных данных с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по ОМС медицинских организаций – исполнителей. Страховые медицинские организации ежеквартально проводят медико-экономический контроль предъявления к оплате случаев оказания внешних медицинских услуг сверх распределенного Комиссией объема медицинской помощи согласно Порядку контроля.

3. Оплата медицинских услуг, не предусмотренных настоящим тарифным соглашением, или в объеме, превышающем установленный Комиссией, заказываемых в иных медицинских организациях или клиничко-диагностических лабораториях при невозможности их выполнить для достижения результата обращения за медицинской помощью, производится медицинскими организациями согласно заключенным договорам (контрактам) в соответствии с действующим гражданским законодательством Российской Федерации, в том числе законодательством о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

## Статья 22. Правила применения тарифов медицинской услуги при оплате стоматологической помощи

1. Законченный случай оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость оказанных врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения за медицинской помощью стоматологических лечебно-диагностических с указанием реестре счетов кода выполненного посещения или обращения с учетом количества приемов.

2. Стоматологическая лечебно-диагностическая услуга предъявляется к оплате в случае, если соответствующая медицинская услуга не является составляющей частью оказанной пациенту комплексной медицинской услуги – приема (осмотра, консультации) врача-стоматолога или зубного врача.

3. При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС учитывается соблюдение при оказании стоматологической помощи принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение или обращение.

#### Статья 23. Правила оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях для определения показаний к госпитализации пациентов

1. В случаях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях персоналом медицинских организаций или их структурных подразделений (приемных отделений дневных стационаров или стационаров) для определения показаний к госпитализации пациентам, не подлежащим госпитализации, медицинская помощь предъявляется к оплате по тарифу посещения в приемном отделении.

2. Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в установленном порядке. Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований.

#### Статья 24. Правила оплаты экстренной и неотложной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, персоналом больничных подразделений и подразделений скорой медицинской помощи

Экстренная и неотложная медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях персоналом больничных учреждений или других медицинских организаций, или их соответствующих структурных подразделений, предоставляющих специализированную медицинскую помощь, а также ПСМП при обращении пациента, не нуждающегося в госпитализации, непосредственно на станцию скорой медицинской помощи, предъявляется к оплате по тарифу посещения при оказании неотложной помощи.

#### Статья 25. Правила применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

Оплате за оказанную в стационарных условиях специализированную медицинскую помощь подлежат:

законченный или прерванный случай оказания в стационарных условиях



медицинской помощи, включенный в КСГ, по тарифам соответствующих КСГ или в установленной настоящим тарифным соглашением доле соответствующего тарифа, кроме ВМП;

случай оказания ВМП по нормативу финансовых затрат на единицу объема ВМП, включенной в территориальную программу ОМС;

медицинские услуги (процедуры диализа) дополнительно к оплате случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ или в доле тарифа КСГ в рамках одного случая госпитализации в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящим тарифным соглашением.

Статья 26. Правила применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

Оплате за оказанную в условиях дневного стационара специализированную медицинскую помощь подлежат:

законченный или прерванный случай оказания в условиях дневного стационара медицинской помощи, включенный в КСГ, по тарифам соответствующих КСГ или в установленной настоящим тарифным соглашением доле соответствующего тарифа;

медицинские услуги (процедуры диализа) дополнительно к оплате случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ или в доле тарифа КСГ в рамках одного случая госпитализации в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящим тарифным соглашением.

Статья 27. Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. Медицинская помощь в стационарных условиях оказывается медицинскими организациями, указанными в приложении 4 к настоящему тарифному соглашению.

2. Медицинская помощь в условиях дневного стационара оказывается медицинскими организациями, указанными в приложении 5 к настоящему тарифному соглашению.

Статья 28. Общие правила применения тарифов КСГ при оплате специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. Случай оказания специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу КСГ, а в установленных пунктами 8 и 9 настоящей статьи, статьями 30 и 31, настоящего тарифного соглашения случаях – в доле, определенной настоящим тарифным соглашением. В случае, установленном статьей 34 настоящего тарифного соглашения, случай формируется с учетом

стоимости выполненных процедур диализа.

В случае соблюдения установленных Территориальной программой и настоящим тарифным соглашением требований к объему предоставляемой медицинской помощи случай оказания специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по правилам, установленным частью 1 статьи 29 настоящего тарифного соглашения.

2. Законченный случай оказания специализированной медицинской помощи, предоставляемой в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, предъявляется к оплате по тарифу КСГ при условии достижения клинического результата обращения за медицинской помощью.

В случае не достижения клинического результата обращения за медицинской помощью прерванный случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате в порядке, установленном статьей 31 настоящего тарифного соглашения за исключением сверхкоротких случаев госпитализации, оплата которых осуществляется в соответствии со статьей 30 настоящего тарифного соглашения.

При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указываются коды выполненных медицинских услуг согласно Номенклатуре.

3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной) или из одной медицинской организации в другую, в случае если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оказанием специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в связи с лечением пациента после оказания ему ВМП при наличии медицинских показаний, оба случая лечения заболевания подлежат оплате по тарифам соответствующих КСГ, кроме нижеуказанных случаев и случаев, установленных частью 3 статьи 31 настоящего тарифного соглашения.

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате как один случай оказания медицинской помощи по тарифу КСГ с наибольшим коэффициентом.

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации и сопровождается изменением условий оказания медицинской помощи (перевод из стационара в дневной стационар), а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате как один случай оказания медицинской помощи по тарифу КСГ условий, в которых преимущественно (по длительности фактического пребывания) оказывалась медицинская помощь.

Если перевод производится из одной медицинской организации в другую, а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, оказан-

ная в медицинской организации, направившей пациента для продолжения лечения в дорожную медицинскую организацию, медицинская помощь предъявляется к оплате в порядке, установленном статьей 31 настоящего тарифного соглашения для оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

4. Если при оказании специализированной медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство или применена другая медицинская технология, являющаяся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ, оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате по тарифу хирургической КСГ.

Отнесение случая лечения к КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры и правилами группировки КСГ<sup>4</sup>, при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код хирургического вмешательства или иной примененной медицинской технологии согласно Номенклатуре.

Если в течение одного случая оказания специализированной медицинской помощи пациенту было выполнено несколько хирургических вмешательств (медицинских технологий), случай оказания медицинской помощи предъявляется на оплату по тарифу хирургической КСГ большей стоимости – тарифу КСГ, которая имеет более высокий КфОЗ. При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указываются коды всех выполненных пациенту хирургических вмешательств и примененных при лечении медицинских технологий согласно Номенклатуре.

5. В случаях, предусмотренных правилами группировки КСГ, отнесение хирургического случая оказания специализированной медицинской помощи к той или иной КСГ осуществляется с учетом дополнительных критериев группировки: клинического и (или) сопутствующих диагнозов, а также пола, возраста пациента (комбинированная группа КСГ). При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код хирургического вмешательства или иной примененной медицинской технологии согласно Номенклатуре.

6. Если при оказании специализированной медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство или не применялась другая медицинская технология, являющаяся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ, случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу терапевтической КСГ, а случаях, предусмотренных правилами группировки КСГ, – по тарифу соответствующей комбинированной КСГ.

---

<sup>4</sup> Правила группировки КСГ, определены расшифровками КСГ и Инструкцией по группировке случаев, в том числе правил учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, направленными письмом ФОМС от 27.12.2016 № 12708/26-2/и в дополнение к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22.12.2016 № 11-8/10/2-8266 и №12578/26/и).

Отнесение случая лечения к КСГ осуществляется по правилам группировки КСГ в соответствии с кодом клинического диагноза согласно МКБ 10, при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код МКБ 10, а также код МКБ 10 сопутствующих диагнозов при наличии таковых и код МКБ 10 диагноза при выписке в случае, если имело место изменение условий оказания специализированной медицинской помощи.

7. В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение, но тариф хирургической КСГ, к которой подлежит отнесению случай лечения согласно настоящей части, меньше тарифа терапевтической КСГ, к которой его можно было бы отнести в соответствии с кодом МКБ 10, случай предъявляется к оплате по тарифу терапевтической КСГ (при отсутствии подлежащей применению согласно правилам группировки КСГ комбинированной КСГ). В этом случае в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код хирургического вмешательства согласно Номенклатуре.

Вышеуказанное правило отнесения случая к КСГ большей стоимости не применяется для указанных в таблице 1 настоящего тарифного соглашения комбинаций терапевтических и хирургических КСГ, при которых случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу хирургической КСГ.

Таблица 1

Перечень  
комбинаций терапевтических и хирургических КСГ, при которых правило  
предъявления случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ большей стоимо-  
сти не применяется

№ стр.	№ КСГ	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КфОЗ	№ КСГ	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КфОЗ
	1	2	3	4	5	6
1.	11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
2.	12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89

3.	11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
4.	74	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
5.	75	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
6.	160	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	166	Болезни глаза	0,51
7.	287	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	286	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
8.	287	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	194	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
9.	232	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,20	229	Доброкачественные новообразования, новообразования <i>in situ</i> , неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
10.	34	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97	231	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
11.	243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	258	Доброкачественные новообразования, новообразования <i>in situ</i> кожи, жировой ткани	0,66

8. Если пациент госпитализирован для выполнения хирургического вме-

шательства или выполнения иной медицинской технологии, являющихся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к КСГ, но они не были выполнены, случай сверхкороткого оказания специализированной медицинской помощи предьявляется к оплате с коэффициентом 0,3.

9. Случай повторного оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара по тому же поводу в течение 90 дней после окончания лечения предьявляется к оплате по тарифу КСГ с коэффициентом 0,5, кроме следующих случаев:

прогрессирования заболевания, обусловленного невыполнением пациентом предписанного ему режима или медикаментозной терапии;

закономерного прогрессирования заболевания (патологического процесса);

нарушения в преемственности ведения больного, допущенного на последующем этапе оказания медицинской помощи другой медицинской организацией;

проведения очередного этапа лечения или планового лечения после стабилизации состояния пациента;

проведения в стационарных условиях медицинских манипуляций или сложных методов лечения после подбора целевых доз лекарственных препаратов;

проведения очередного курса терапии генно-инженерными препаратами.

Обоснованность оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара ранее 90 дней после окончания лечения в случаях, установленных настоящим пунктом тарифного соглашения, подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

10. При наличии у пациента сопутствующего заболевания, опасных для жизни состояний, осложнений основного заболевания, тяжести состояния пациента, создания в отдельных случаях по медицинским показаниям особых условий наблюдения за пациентом (развертывание индивидуального поста по медицинским показаниям, предоставление спального места и питания, при совместном нахождении с ребенком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя и т.п.), а также с учетом сложности лечения пациента, связанной с возрастом, случай оказания специализированной медицинской помощи предьявляется к оплате с применением КфСЛ, установленного настоящим тарифным соглашением.

КфСЛ применяется при наличии достаточных оснований и объективных причин увеличения стоимости оказанной пациенту специализированной медицинской помощи. При этом КфСЛ в связи с сопутствующим заболеванием применяется, если указанный сопутствующий диагноз не учтен правилами группировки КСГ и в соответствии со стандартом медицинской помощи про-

водилось лечение сочетанной патологии, требующей активных лечебно-диагностических мероприятий, не предусмотренных стандартом медицинской помощи при основном заболевании.

Обоснованность применения КфСЛ подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи, кроме КфСЛ, применяемых в связи с предоставлением спального места и питания законному представителю ребенка до достижения им возраста 4 лет, а также после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний.

11. При формировании стоимости случая лечения по КСГ, перечисленным в таблицах 2, 3 применяется КфПУ равный 1.

Таблица 2

Перечень КСГ,  
при формировании стоимости случая лечения в стационарных условиях,  
по которым применяются КфПУ равный 1

№ стр.	№ КСГ	Наименование КСГ	КфОЗ
	1	2	3
1.	17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,89
2.	29	Легкие дерматозы	0,36
3.	84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	1,95
4.	95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	0,68
5.	159	Замена речевого процессора	25,00
6.	195	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,74
7.	197	Болезни желчного пузыря	0,72
8.	199	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,70
9.	200	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, (уровень 1)	0,78
10.	204	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75
11.	230	Болезни предстательной железы	0,73
12.	243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55
13.	253	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	0,76
14.	259	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,37
15.	271	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)	0,73
16.	272	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)	0,91

17.	273	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	0,86
18.	274	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	1,24
19.	275	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	1,78
20.	300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	4,32
21.	302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,35
22.	306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	2,32

Таблица 3

Перечень КСГ,  
при формировании стоимости случая лечения в условиях дневного стационара, по которым применяется КфПУ равный 1

№ стр.	№ КСГ	Наименование КСГ	КфОЗ
	1	2	3
1.	5	Экстракорпоральное оплодотворение	9,83

Статья 29. Особенности применения тарифов при оплате специализированной медицинской помощи в стационарных условиях

1. Случай оказания предьявляется к оплате по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП, определенному Территориальной программой, при соответствии кода клинического диагноза согласно МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения параметрам, определенным Территориальной программой, независимо от средней длительности лечения и исхода заболевания. При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код ВМП согласно справочнику, установленному Комиссией на основе групп ВМП согласно Территориальной программе.

Если код диагноза, модель пациента, вид и метод лечения пациента отличается от определенных Территориальной программой видом ВМП, случай оказания медицинской помощи предьявляется к оплате по тарифу соответствующей КСГ, определенному в соответствии с кодом Номенклатуры выполненной хирургической операции или другой примененной медицинской технологии согласно правилам группировки КСГ.

2. Расходы на медицинскую помощь, оказываемую в реанимационных отделениях медицинских организаций (палатах интенсивной терапии), входят в общий объем предоставляемой по соответствующему профилю медицинской помощи, которая компенсируется по тарифу КСГ.



3. Случай оказания медицинской помощи в связи с родами предъявляется к оплате по тарифу КСГ «Родоразрешение» вне зависимости от основного диагноза и производится с указанием кода одной из нижеуказанных услуг:

В01.001.009.001 «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом»;

В02.001.002 «Ведение физиологических родов акушеркой»;

В01.001.006 «Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом».

Если при наличии диагноза класса XV МКБ 10 «Беременность, роды и послеродовой период» (O00-O99) в правилах группировки КСГ отсутствуют закодированные услуги, соответствующие родоразрешению, случай оказания медицинской помощи подлежит оплате по тарифу КСГ «Осложнения, связанные с беременностью».

При выполнении операции кесарева сечения, случай подлежит оплате по тарифу КСГ «Кесарево сечение», вне зависимости от диагноза. Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, относимая по правилам группировки КСГ к КСГ «Операции на женских половых органах» уровней 3 и 4, случай оказания медицинской помощи выставляется на оплату по тарифу КСГ по коду выполненной операции согласно правилам группировки КСГ.

При дородовой госпитализации в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оказанная медицинская помощь выставляется на оплату по двум КСГ («Осложнения, связанные с беременностью» и «Родоразрешение» или «Кесарево сечение») в случае пребывания пациентки в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более.

Наличие показаний к оказанию медицинской помощи в связи с патологией беременности подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

4. Независимо от длительности фактического пребывания пациента оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате за случай оказания медицинской помощи по тарифу КСГ, указанным в таблице 4 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 4

Перечень КСГ,  
оплата случаев оказания медицинской помощи относимых к которым  
осуществляется по тарифу КСГ независимо от фактического  
пребывания пациента

№ стр.	№ КСГ	Наименование КСГ
	1	2
1.	107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций

5. Оплата питания одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя, госпитализированного по уходу за ребенком до четырех лет или за ребенком старше четырех лет при наличии медицинских показаний, производится с применением к тарифу КСГ КфСЛ, установленного настоящим тарифным соглашением.

Статья 30. Правила оплаты сверхкоротких случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. Случай сверхкороткого (длительностью госпитализации менее 3 дней) оказания специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате с коэффициентом 0,5, кроме случая выполнения пациенту хирургического вмешательства, являющегося основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к КСГ, который предъявляется к оплате с коэффициентом 0,8, или случаев сверхкороткого оказания медицинской помощи, оплата которых осуществляется по тарифу КСГ независимо от длительности фактического пребывания пациента.

2. Независимо от длительности фактического пребывания пациента по тарифу КСГ предъявляется к оплате случай сверхкороткого оказания стационарной медицинской помощи, относимый к КСГ, указанным в таблицах 5 и 6 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 5

Перечень КСГ,  
оплата сверхкоротких случаев оказания стационарной медицинской помощи относимых к которым осуществляется по тарифу КСГ независимо от фактического пребывания пациента

№ стр.	№ КСГ	Наименование КСГ
	1	2
1.	2	Осложнения, связанные с беременностью
2.	3	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
3.	4	Родоразрешение
4.	5	Кесарево сечение
5.	11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
6.	12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
7.	16	Ангионевротический отек, анафилактический шок
8.	84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
9.	97	Сотрясение головного мозга

10.	146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
11.	154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
12.	155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
13.	159	Замена речевого процессора
14.	160	Операции на органе зрения (уровень 1)
15.	161	Операции на органе зрения (уровень 2)
16.	185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
17.	206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
18.	258	Доброкачественные новообразования, новообразования <i>in situ</i> кожи, жировой ткани
19.	287	Операции на органах полости рта (уровень 1)
20.	300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
21.	302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
22.	306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Таблица 6

Перечень КСГ,  
оплата сверхкоротких случаев оказания медицинской помощи  
в условиях дневного стационара относимых к которым  
осуществляется по тарифу КСГ независимо от фактического  
пребывания пациента

№ стр.	№ КСГ	Наименование КСГ
	1	2
1.	3	Операции на женских половых органах (уровень 1)
2.	4	Операции на женских половых органах (уровень 2)
3.	111	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов

3. Обоснованность сверхкороткого оказания специализированной медицинской помощи подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, кроме случаев оказания медицинской помощи, относимых к КСГ, указанным в таблицах 5 и 6 настоящего тарифного соглашения.

Статья 31. Правила оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. В случае не достижения результата обращения за медицинской помощью в связи со смертью пациента (в том числе в случае досрочной летальности), преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения или обоснованным переводом пациента в другую медицинскую организацию, а также при проведении диагностических исследований прерванный случай оказания специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате с коэффициентом 0,5.

В случае выполнения пациенту хирургического вмешательства либо применения другой медицинской технологии, являющейся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ, а также выполнения пациенту тромболитической терапии, прерванный случай оказания стационарной медицинской помощи предъявляется к оплате с коэффициентом 0,8.

2. Перевод пациента из отделения в отделение медицинской организации не прерывает течение случая оказания медицинской помощи, который предъявляется к оплате согласно правилам, указанных в статьях 28 и 29 настоящего тарифного соглашения, по тарифу КСГ клинического диагноза или выполненного хирургического вмешательства, кроме случаев перевода, обусловленных возникновением нового заболевания или состояния, не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также случаев оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в связи с лечением пациента после оказания ему ВМП при наличии медицинских показаний.

Обоснованность перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

3. С учетом особенностей организации оказания медицинской помощи на территории муниципального образования медицинская помощь, оказанная в реанимационном отделении ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница» и ГБУЗ СК «Ессентукская городская больница» пациентам, переведенным для

дальнейшего лечения в другую медицинскую организацию по завершении реанимационных мероприятий, предъявляется на оплату по правилам, установленным статьями 28 и 29 настоящего тарифного соглашения с коэффициентом 0,7.

Медицинская помощь, оказанная после перевода из отделения реанимации ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница» или ГБУЗ СК «Ессентукская городская больница» в профильном отделении другой медицинской организации, в случае достижения запланированного результата предъявляется на оплату по правилам, установленным статьями 28 и 29 настоящего тарифного соглашения с коэффициентом 0,3. Прерванный случай оказанной в последующем в стационарных условиях медицинской помощи предъявляется на оплату с коэффициентом 0,2.

Статья 32. Особенности оплаты случаев лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «Медицинская реабилитация»

1. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением реабилитационных мероприятий предъявляется к оплате по тарифу КСГ, относимых к группе 37 по профилю «Медицинская реабилитация». Отнесение случая оказания реабилитационной медицинской помощи к соответствующей КСГ производится вне зависимости от диагноза пациента по коду оказанных сложных и комплексных услуг, предусмотренных Номенклатурой, согласно правилам группировки КСГ.

2. Обоснованность оказания реабилитационной медицинской помощи в стационарных условиях подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи.

Критерием для определения обоснованности реабилитации взрослого пациента в стационарных условиях служит оценка состояния пациента по «Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)» при ее значении 3-4-5.

Критерием для определения обоснованности реабилитации ребенка с двигательными нарушениями в стационарных условиях служит оценка дефицита двигательных возможностей по шкале глобальных моторных функций GMFCS (Gross motor function classification system) при ее значении 3-4-5. Критерием для определения обоснованности реабилитации ребенка с другими заболеваниями в стационарных условиях служит оценка степени тяжести заболевания при ее определении как средней или тяжелой.

Статья 33. Особенности применения тарифов КСГ при оплате специализированной медицинской помощи, оказанной пациентам, участвующим в клиническом исследовании лекарственного препарата

Случай оказания специализированной медицинской помощи пациентам, участвующим в клиническом исследовании лекарственного препарата, оплате

за счет средств ОМС не подлежит.

Статья 34. Особенности применения тарифов на медицинские услуги диализа дополнительно к тарифам КСГ при оплате специализированной медицинской помощи

1. Стоимость медицинской услуги диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая оказания специализированной медицинской помощи, предъявляется на оплату по тарифу КСГ нефрологического профиля и совокупной стоимости выполненных пациенту услуг диализа по тарифам, установленным в приложении 6 к настоящему тарифному соглашению.

В случае проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью заместительной почечной терапии методами диализа в период нахождения его в стационаре по поводу другого (интеркуррентного) заболевания при обоснованной документально невозможности его транспортировки в диализный центр, случай оказания специализированной медицинской помощи, предъявляется на оплату по тарифу КСГ интеркуррентного заболевания и совокупной стоимости выполненных пациенту услуг диализа.

В случае проведения пациенту с острой почечной недостаточностью, которая явилась следствием закономерного прогрессирования заболевания или осложнением основного заболевания, заместительной почечной терапии методом гемодиализа или гемофильтрации, случай оказания специализированной медицинской помощи, предъявляется на оплату по тарифу КСГ, соответствующей основному заболеванию, и совокупной стоимости выполненных пациенту услуг диализа. При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с кодом Номенклатуры указываются все выполненные услуги диализа.

2. Для учета выполненных объемов диализной медицинской помощи за единицу объема в условиях дневного стационара принимается и предъявляется на оплату как законченный случай оказания медицинской помощи один месяц лечения.

Для учета объема оказанной в стационарных условиях диализной медицинской помощи как законченный случай предъявляется на оплату лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

В период лечения как в стационарных условиях, так и в условиях дневного стационара пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

3. К тарифу медицинской услуги диализа «КфДТ и КфПК» не применяются.

### Статья 35. Правила применения способов оплаты скорой медицинской помощи

Оплата скорой медицинской помощи, предоставляемой вне медицинской организации по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации, осуществляется по ПдНФ в сочетании с оплатой за вызов.

### Статья 36. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь

Скорая медицинская помощь оказывается медицинскими организациями, указанными в приложении 7 к настоящему тарифному соглашению.

### Статья 37. Правила применения ПдНФ скорой медицинской помощи

1. Оплата скорой медицинской помощи догоспитального этапа осуществляется по установленным настоящим тарифным соглашением ПдНФ на численность обслуживаемого по состоянию на первое число отчетного месяца ПСМП застрахованного населения в сочетании с оплатой за выполненный вызов скорой медицинской помощи (законченный случай оказания скорой медицинской помощи).

2. В реестры обслуживаемого населения подлежат включению проживающие на обслуживаемом ПСМП участке застрахованные лица на основании данных РС ЕРЗ по состоянию на первое число отчетного месяца.

### Статья 38. Правила применения тарифов вызова при оплате скорой медицинской помощи

1. Законченный случай оказания скорой медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу вызова скорой медицинской помощи в зависимости от вида и профиля выездной бригады скорой медицинской помощи с учетом повода к вызову или его результата.

2. Медицинская эвакуация бригадами скорой медицинской помощи на госпитальном этапе оплачивается по установленному настоящим тарифным соглашением тарифу вызова на оплату скорой медицинской помощи при медицинской эвакуации в зависимости от вида и профиля выездной бригады скорой медицинской помощи с учетом повода к вызову или его результата.

3. По тарифу вызова скорой медицинской помощи не оплачивается медицинская помощь, оказанная неидентифицированным (в том числе неопознанным) или не застрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с социально значимыми заболеваниями или психиатрическими заболеваниями, де-

журства выездных бригад скорой медицинской помощи на массовых мероприятиях и при чрезвычайных ситуациях, безрезультатные (в том числе ложные) вызовы, а также транспортировка пациентов выездными бригадами скорой медицинской помощи, не являющаяся медицинской эвакуацией.

Статья 39. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, предоставляемая согласно сверхбазовой программе ОМС

1. Обращение, оплачиваемое согласно сверхбазовой программе ОМС – оказание в Центре охраны здоровья семьи и репродукции амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья (различные формы бесплодия, невынашивания беременности), нуждающимся в сохранении и восстановлении анатомо-функционального состояния репродуктивной системы, страдающим сексуальной дисгармонией и психоневротическими расстройствами, а также беременным женщинам с гематологическими нарушениями, включающая необходимые диагностические обследования и консультации врачей специалистов. При этом обращение включает не менее двух приемов лечащего врача по поводу одного заболевания.

2. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, предоставляемая согласно сверхбазовой программе ОМС в Центре охраны здоровья семьи и репродукции включает мероприятия, которые определены приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», от 15.11.2012 № 930н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология»», в том числе следующие мероприятия:

оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья (различные формы бесплодия, невынашивания беременности) с использованием современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;

применение современных методов профилактики аборт и подготовки к беременности и родам;

сохранение и восстановление репродуктивной функции с использованием современных медицинских технологий

оказание медицинской помощи беременным женщинам с заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;

оказание психотерапевтической помощи семье на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности.

3. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, предоставляемая согласно сверхбазовой программе ОМС во врачебно-физкультурном диспансере:



пациентам, перенесшим острые заболевания и травмы, больным хроническими заболеваниями и инвалидам, нуждающимся в восстановительном лечении с применением средств и методов лечебной физкультуры;

лицам, направленным во врачебно-физкультурные диспансеры после проведенного обследования для допуска к занятиям в группах начальной подготовки;

лицам, занимающимся спортом и физической культурой, которые обследуются и наблюдаются во врачебно-физкультурном диспансере, для допуска к занятиям и соревнованиям.

### III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 40. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС приведен в таблице 7 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 7

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо

№ стр.	Условия оказания медицинской помощи	Всего согласно территориальной программе ОМС, рублей в год	в том числе	
			согласно базовой программе ОМС	согласно сверхбазовой программе ОМС
	1	2	3	4
1.	в амбулаторных условиях	3 098,80	3 084,90	13,90
2.	в стационарных условиях	3 967,10	3 967,10	-
3.	в условиях дневного стационара	703,50	703,50	-
4.	скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации	524,90	524,90	-

## Статья 41. Правила дифференциации тарифов

1. Тарифы дифференцируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, по профилям врачебных специальностей, методам лечения, цели обращения за медицинской помощью, а также в зависимости от возраста пациента с учетом уровня оказания медицинской помощи и ее затратно-емкости, типа медицинской организации, иных объективных критериев и фактов, обуславливающих дифференциацию расходов на оказание медицинской помощи, определяемых настоящим тарифным соглашением.

2. Тарифы дифференцируются способом установления настоящим тарифным соглашением дифференцированных базовых тарифов или способом применения к базовому тарифу коэффициентов дифференциации, а также поправочных коэффициентов оплаты, установленных настоящим тарифным соглашением.

## Статья 42. ПдНФ медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях

1. ПдНФ медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, составляет 18,01 рублей в месяц.

2. К базовому ПдНФ медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, применяется средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива (КфПДинт), установленный в приложении 2 к настоящему тарифному соглашению.

## Статья 43. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

1. Базовые тарифы, применяемые для оплаты нижеуказанных единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены в приложениях к настоящему тарифному соглашению:

1) посещений центров здоровья, которые приведены в приложении 8 к настоящему тарифному соглашению;

2) посещений с профилактической и (или) иными целями, в том числе разовых посещений по поводу заболевания, связанных с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов в соответствии с действующим законодательством, которые приведены в приложении 9 к настоящему тарифному соглашению;

3) обращений по поводу заболевания, которые приведены в приложении 9 к настоящему тарифному соглашению;

4) неотложной помощи, которые приведены в приложении 9 к настоящему тарифному соглашению;

5) медицинских услуг, не включенных в тариф посещения, обращения, вызова скорой медицинской помощи, которые приведены в приложении 10 к настоящему тарифному соглашению;

б) законченных случаев проведения диспансеризации и профилактических осмотров для отдельных категорий граждан, которые приведены в приложении 11 к настоящему тарифному соглашению.

2. К базовым тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются КфУР, которые приведены в таблице 8 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 8

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КфУР), применяемые медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях

№ стр.	Уровень оказания медицинской помощи	КфУР
	1	
1.	1 уровень	0,95
2.	2 уровень	1,15
3.	3 уровень	1,50

3. К тарифам законченного случая проведения диспансеризации и профилактического осмотра для отдельных категорий граждан, медицинской услуги, не включенной в тариф посещения, обращения, вызова скорой медицинской помощи, тарифам посещения и обращения, предоставляемых в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, кроме посещения при оказании неотложной медицинской помощи, а также тарифам центров здоровья КфДТ и КфПК не применяются.

Статья 44. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. Базовые ставки законченного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара приведены в таблице 9 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 9

Базовая ставка законченного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара

№ стр.	Условия оказания медицинской помощи	Размер базовой ставки, рублей
	1	

1.	Базовая ставка при оказании медицинской помощи в стационарных условиях	21 224,79
2.	Базовая ставка при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара	9 141,37

2. На основании базовой ставки законченного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях с применением КфОЗ определяются базовые тарифы КСГ, установленные для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, которые установлены в приложениях 12 и 13 к настоящему тарифному соглашению.

3. К базовым тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, применяются установленные настоящим тарифным соглашением КфПУ и КфСЛ.

4. Перечень и основания применения к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях КфСЛ приведены в таблице 10 к настоящему тарифному соглашению.

Таблица 10

Перечень и основания применения КфСЛ к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

№ стр.	Код КфСЛ	Наименование КфСЛ	Основание применения
	1	2	3
1.	КфСЛ <sub>01</sub>	Возраст пациента (дети от 0 до 1 года) <sup>5</sup>	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом
2.	КфСЛ <sub>02</sub>	Возраст пациента (дети от 1 до 4 лет)	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом
3.	КфСЛ <sub>03</sub>	Особенности оказания помощи (дети от 0 до 18 лет)	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка до достижения им возраста 4 лет, при наличии медицинских показаний после достижения им возраста 4 лет
4.	КфСЛ <sub>04</sub>	Тяжелая сопутствующая патология	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, определенных правилами группировки КСГ

<sup>5</sup> Данный коэффициент (КфСЛ<sub>01</sub>) не подлежит применению к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи по профилю «Неонатология».

5. Суммарное значение КфСЛ при наличии нескольких оснований применения КфСЛ к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях не может превышать 1,8.

Статья 45. КфУР и КфПУ, применяемые медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

1. Перечень и величины КфУР, применяемые медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в рамках базовой программы ОМС, приведены в таблице 11 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 11

Перечень и величины КфУР,  
применяемые медицинскими организациями, оказывающими медицинскую  
помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

№ стр.	Уровень медицинской организации	Значение КфУР в стационарных условиях	Значение КфУР в условиях дневного стационара
	1	2	3
1.	1 уровень	0,81	0,71
2.	2 уровень	1,13	0,79
3.	3 уровень	1,18	0,87

2. Величина КфУР является средней расчетной величиной и к тарифам на оплату медицинской помощи не применяется.

К тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяются установленные настоящим тарифным соглашением КфПУ.

Величины КфПУ, применяемые к тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены в приложениях 4 и 5 к настоящему тарифному соглашению.

Статья 46. Тарифы на оплату ВМП

1. Тарифы на оплату ВМП соответствуют нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления соответствующей группы ВМП, определенным Территориальной программой, и установлены в приложении 14 к настоящему тарифному соглашению.

2. К тарифам на оплату ВМП КфДТ и КфПК не применяются.

Статья 47. Тарифы на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов

1. Тарифы на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов установлены в приложении 6 к настоящему тарифному соглашению.

2. К тарифам на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов коэффициенты КфДТ и КфПК не применяются.

Статья 48. ПдНФ скорой медицинской помощи

1. ПдНФ скорой медицинской помощи составляет 21,28 рублей в месяц.

2. К базовому ПдНФ скорой медицинской помощи применяется средневешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (КфПДинт), установленный в приложении 7 к настоящему тарифному соглашению.

Статья 49. Тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи

1. Базовые тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи, медицинской эвакуации дифференцируются в зависимости от пробега автомобиля скорой медицинской помощи, а также состава и профиля бригады скорой медицинской помощи и выполнения тромболизиса и установлены в приложении 15 к настоящему тарифному соглашению.

2. К базовым тарифам вызова на оплату скорой медицинской помощи, медицинской эвакуации в зависимости от пробега автомобиля скорой медицинской помощи, а также состава и профиля бригады скорой медицинской помощи и выполнения тромболизиса КфДТ и КфПК не применяются.

Статья 50. Тарифы на оплату стоматологической помощи

1. Базовый тариф на оплату стоматологической помощи взрослого населения составляет 183,04 рублей, детского населения – 221,52 рублей.

2. Тарифы на оплату стоматологической лечебно-диагностической услуги установлены в приложении 16 к настоящему тарифному соглашению и применяются с учетом таблиц 12-15 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 12

Перечень медицинских услуг,  
включенных в состав медицинской услуги В01.065.001 «Прием (осмотр, кон-  
сультация) врача стоматолога терапевта» первичный

№ стр.	Код услуги по Номенклатуре	Наименование стоматологической лечебно-диагностической услуги
	1	2
1.	Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента:	
2.	A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
3.	A01.07.002.001	Визуальное исследование при патологии полости рта
4.	A01.07.004.001	Перкуссия при патологии полости рта
5.	A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти
6.	Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента:	
7.	A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использова- нием стоматологического зонда
8.	A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда

Таблица 13

Перечень медицинских услуг,  
включенных в состав медицинской услуги В01.065.002 «Прием (осмотр, кон-  
сультация) врача стоматолога терапевта» повторный

№ стр.	Код услуги по Номенклатуре	Наименование стоматологической лечебно-диагностической услуги
	1	2
1.	Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента:	
2.	A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
3.	A02.07.007	Перкуссия при патологии полости рта
4.	Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента:	
5.	A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использова- нием стоматологического зонда
6.	A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда
7.	A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболе- ваниях полости рта и зубов

Таблица 14

Перечень медицинских услуг,  
включенных в состав медицинской услуги В01.064.003 «Прием (осмотр, кон-  
сультация) врача стоматолога детского» первичный

№ стр.	Код услуги по Номенклатуре	Наименование стоматологической лечебно-диагностической услуги
	1	2
1.	Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента:	
2.	A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
3.	A01.07.002.001	Визуальное исследование при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области
4.	A01.07.004.001	Перкуссия при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области
5.	A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти
6.	A16.07.051.001	Психологическая подготовка детей (каждое посещение)
7.	Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента:	
8.	A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда
9.	A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда

Таблица 15

Перечень медицинских услуг,  
включенных в состав медицинской услуги В01.064.004 «Прием (осмотр, кон-  
сультация) врача стоматолога детского» повторный

№ стр.	Код услуги по Номенклатуре	Наименование стоматологической лечебно-диагностической услуги
	1	2
1.	Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента:	
2.	A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
3.	A02.07.007	Перкуссия при патологии полости рта
4.	A16.07.051.001	Психологическая подготовка детей (каждое посещение)
5.	Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента:	
6.	A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда
7.	A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда



8.	A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов
----	------------	--

3. К тарифам на оплату стоматологической лечебно-диагностической услуги не применяются установленные настоящим тарифным соглашением КфУР.

Статья 51. Тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой согласно сверхбазовой программе ОМС

1. Тарифы на оплату первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в связи со страховым случаем, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, приведены в таблице 16 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 16

Тарифы  
на оплату первичной специализированной медико-санитарной помощи,  
оказываемой в амбулаторных условиях по страховым случаям, установленным  
в дополнение к базовой программе ОМС

№ стр.	Код услуги в системе ОМС	Наименование услуги	Тариф	
			взрослые	дети
	1	2	3	4
1.	B04.020.001.001.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача по спортивной медицине	420,25	-
2.	B04.020.001.002.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача по спортивной медицине	-	420,25
3.	B04.023.001.002.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача-невролога	-	338,42
4.	B04.028.001.002.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	-	252,42
5.	B04.029.001.002.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	-	215,94
6.	B04.050.001.002.1	Диспансерное посещение (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	-	310,87
7.	B04.001.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация)	382,36	-

		врача-акушера-гинеколога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС		
8.	B04.005.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-гематолога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	382,36	-
9.	B04.006.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача генетика (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	382,36	-
10.	B04.034.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-психотерапевта (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	382,36	-
11.	B04.057.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-хирурга (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	382,36	-
12.	B04.058.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-эндокринолога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	382,36	-
13.	B04.053.002.001.1	Профилактическое посещение (осмотр, консультация) врача-уролога (взрослые) в дополнение к базовой программе ОМС	382,36	-
14.	B12.001.001.001.1	Обращение к врачу-акушеру-гинекологу в связи с заболеванием	3 546,08	-
15.	B12.005.001.001.1	Обращение к врачу-гематологу в связи с заболеванием	4 200,64	-
16.	B12.006.001.001.1	Обращение к врачу-генетику в связи с заболеванием	7 971,71	-
17.	B12.053.001.001.1	Обращение к врачу-урологу в связи с заболеванием	2 309,05	-
18.	B12.057.001.001.1	Обращение к врачу-хирургу в связи с заболеванием	907,34	-

19.	V12.058.001.001.1	Обращение к врачу-эндокринологу в связи с заболеванием	2 988,31	-
20.	V12.020.001.001.1	Обращение к врачу лечебной физкультуры в связи с заболеванием	958,60	-
21.	V12.020.001.002.1	Обращение к врачу лечебной физкультуры в связи с заболеванием	-	958,60
22.	V12.054.001.001.1	Обращение к врачу-физиотерапевту в связи с заболеванием	1 275,65	-
23.	V12.054.001.002.1	Обращение к врачу-физиотерапевту в связи с заболеванием	-	1 275,65

2. К тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в связи со страховым случаем, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, КфДТ и КфПК не применяются.

#### Статья 52. Расходы, включенные в структуру тарифов

1. Средствами ОМС компенсируются включенные в структуру тарифов и обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС следующие расходы (затраты) медицинских организаций:

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

расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий;

расходы на приобретение продуктов питания;

прочие расходы, в том числе расходы на приобретение мягкого инвентаря, хозяйственные расходы.

В целях описания структуры тарифов и реализации настоящего тарифного соглашения используются терминология, группировка расходов и их классификация по статьям (подстатьям) или группам расходов согласно классификации операций, осуществляемых в секторе государственного управления, устанавливаемой приказами Министерства финансов Российской Федерации.

2. Медицинские организации формируют учетную политику в соответствии с установленной Федеральным законом обязанностью ведения раздельного учета доходов и расходов по операциям со средствами ОМС и иными средствами.

3. Медицинскими организациями осуществляются расходы компенсируемых средствами ОМС затрат в структуре тарифов по видам расходов с учетом

вида и условий оказания медицинской помощи, по профилям врачебных специальностей, методам лечения, цели обращения за медицинской помощью, а также в зависимости от возраста пациента с учетом уровня оказания медицинской помощи и ее затратно-емкости, типа медицинской организации, иных объективных критериев и фактов, обуславливающих дифференциацию расходов на оказание медицинской помощи, определяемых настоящим тарифным соглашением.

4. Расчетная величина компенсируемых средствами ОМС затрат в структуре тарифов учитывается Комиссией при рассмотрении тарифов по видам расходов и определяется на основании информации о фактических затратах медицинских организаций, сложившихся в регионе средних рыночных ценах, иных объективных факторов и критериев, обуславливающих дифференциацию расходов на оказание медицинской помощи.

Расчетная величина компенсируемых средствами ОМС затрат в структуре тарифов используется при формировании базовых тарифов и коэффициентов дифференциации, при формировании стоимости законченного случая лечения и при расходовании средств ОМС медицинскими организациями.

По каждому базовому тарифу и (или) профилю медицинской помощи при установлении базовых тарифов определяется доля расходов по статьям (группам) затрат.

5. Расходы по каждому виду тарифов осуществляются медицинскими организациями с учетом установленной настоящим тарифным соглашением структуры тарифов.

Доля расходования средств, предусмотренных в структуре тарифов для компенсации расходов на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий, а также на приобретение продуктов питания, является минимальной. При расходовании средств, предназначенных на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий, а также на приобретение продуктов питания, медицинские организации обеспечивают установленное назначение этих средств не ниже доли указанных затрат в структуре тарифов.

Доля расходования средств, предусмотренных в структуре тарифов для компенсации расходов на оплату труда и прочих расходов, является рекомендуемой. При этом учреждения здравоохранения Ставропольского края обеспечивают достижение уровня заработной платы медицинского персонала, определенного утвержденной министерством «дорожной картой».

### Статья 53. Расходы на оплату труда

1. Расходы на оплату труда в медицинских организациях определяются в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Ставропольского края, Примерным положением об оплате труда работников государственных бюджетных и автономных учреждений здравоохранения, подведомственных министерству здравоохранения Ставропольского края,

утвержденным приказом министерства от 03.04.2015 №01-05/200 (далее – Положение), Положением об оплате труда руководителей бюджетных, казенных и автономных государственных учреждений, Ставропольского края, утвержденным приказом министерства от 29.04.2015 № 01-05/246.

2. При расчете величины компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда учитывается потребность в финансовом обеспечении выплаты заработной платы персоналу, непосредственно участвующему в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), подлежащей оплате за счет средств ОМС согласно настоящему тарифному соглашению, в том числе вспомогательного медицинского персонала (далее - медицинский персонал), согласно порядкам оказания медицинской помощи, нормативным показателям использования коечного фонда, нормам нагрузки на одну врачебную должность, нормам времени и т.д. исходя из объемов медицинской помощи по ОМС, установленных Комиссией.

3. Расходы на оплату труда административно-управленческого, административно-хозяйственного и иного персонала, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи по ОМС, но необходимого для обеспечения деятельности медицинской организации (далее – общеучрежденческий персонал) включаются в состав компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда пропорционально доле медицинской помощи по ОМС в общем объеме оказываемых в медицинской организации услуг.

4. Расходы на оплату труда медицинского персонала, не участвующего в оказании медицинской помощи по ОМС, и общеучрежденческого персонала, не участвующего в обеспечении оказания медицинской помощи по ОМС либо в части, превышающей долю обусловленных оказанием медицинской помощи по ОМС расходов по оплате труда общеучрежденческого персонала, а также выплаты персоналу, не обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС, средствами ОМС не компенсируются и в состав расходов на оплату труда не включаются.

5. В состав компенсируемых средствами ОМС расходов на заработную плату включаются:

выплаты по должностным окладам (тарифным ставкам);

повышение должностного оклада по занимаемой должности, устанавливаемое работникам в зависимости от отнесения к квалификационному уровню;

надбавки к должностному окладу в соответствии с действующей в медицинской организации системой оплаты труда;

выплаты компенсационного характера, обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС;

выплаты стимулирующего характера, обусловленные достижением работником показателей и критериев эффективности при оказании медицинской помощи по ОМС, с учетом показателей эффективности деятельности медицинской организации, в том числе премии (за качество выполняемых работ, выплаты по итогам работы, за выполнение особо важных и ответственных

(срочных) работ, премирование руководителей) и иные денежные выплаты стимулирующего характера, финансовое обеспечение которых предусмотрено территориальной программой ОМС.

6. Кроме того, в состав компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда включаются расходы по осуществлению не относящихся к заработной плате дополнительных выплат и компенсаций работникам, обусловленных условиями трудовых отношений, статусом работников в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее - прочие выплаты), в том числе:

суточные при служебных командировках;

ежемесячные компенсационные выплаты работникам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, назначаемые и выплачиваемые в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 03.11.1994 № 1206 «Об утверждении порядка назначения и выплаты ежемесячных компенсационных выплат отдельным категориям граждан»;

компенсационные выплаты в размере, эквивалентном стоимости молока или других равноценных пищевых продуктов, работникам медицинских организаций, занятым на работах с вредными условиями труда, аттестованных в установленном порядке<sup>6</sup>.

7. Расходы на оплату труда работников медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в том числе федеральных казенных учреждений здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи по ОМС, осуществляются в соответствии с нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, в ведомственном подчинении которых находятся соответствующие казенные учреждения. При этом финансовое обеспечение расходов на оплату труда в объеме, превышающем поступившие за оказанную по ОМС медицинскую помощь средства, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

8. Расходы по начислениям на оплату труда учитываются при расчете величины расходов на оплату труда в установленном законодательством Российской Федерации размере в процентах к фонду оплаты труда по следующим видам начислений:

страховые взносы в Пенсионный фонд Российской Федерации на обязательное пенсионное страхование;

страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федера-

---

<sup>6</sup> При отсутствии данных о результатах аттестации рабочих мест по условиям труда или невыполнении требований аттестации рабочих мест работодателем сохраняется порядок бесплатной выдачи молока, действовавший до вступления в силу приказа Минздравсоцразвития России от 16.02.2009 № 45н «Об утверждении норм и условий бесплатной выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, молока или других равноценных пищевых продуктов, Порядка осуществления компенсационной выплаты в размере, эквивалентном стоимости молока или других равноценных пищевых продуктов, и Перечня вредных производственных факторов, при воздействии которых в профилактических целях рекомендуется употребление молока или других равноценных пищевых продуктов».

пии на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством;

страховые взносы в Фонд социального страхования РФ на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (по ставке 0,2 процента);

страховые взносы на обязательное медицинское страхование.

Статья 54. Расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий

1. В тарифы включаются расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи по ОМС (далее – расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий), которые включают в себя затраты медицинской организации по приобретению:

лекарственных препаратов и иных лекарственных средств, используемых для оказания медицинской помощи по ОМС (в том числе питательных смесей для энтерального питания), медицинских изделий;

кровезаменителей;

реактивов и химикатов, стекла и химпосуды (в том числе тары лекарственных средств, изготавливаемых в медицинской организации для обеспечения собственного лечебного процесса);

медицинских инструментов со сроком полезного использования менее 12 месяцев (под медицинским инструментарием подразумеваются продукция медицинского назначения, относимая «Общероссийским классификатором продукции по видам экономической деятельности (ОКПД2) ОК 034-2014 (КПЕС 2008)», утвержденным приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31.01.2014 № 14ст, по кодам 330.32.50.21.110 «Инструменты и оборудование терапевтические», 330.32.50.21.111 «Инструменты терапевтические» и 330.32.50.50 «Изделия медицинские», в том числе хирургически, прочие»);

средств для дезинфекции медицинского инструментария и оборудования, обработки кожных покровов;

перевязочных средств в соответствии с рекомендованными нормативами потребления, утвержденными приказом Министерства здравоохранения СССР от 28.08.1985 № 1145;

медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, медицинских инструментов, предназначенных для восстановления, замены, изменения анатомического строения или физиологических функций организма, других расходных материалов, включенных в стандарт медицинской помощи;

медицинских изделий и других расходных материалов разового использования при оказании медицинских услуг, в числе которых:

1) бумага со специальными чувствительными слоями;

2) бумага и картриджи, применяемые в медицинском оборудовании при оказании медицинских услуг;

3) гели и средства контактные для диагностики;

4) кислород для медицинских целей;

5) простыни, пеленки, памперсы (подгузники) бумажные и другое абсорбирующее белье при оказании медицинской помощи детям, пациентам отделений реанимации и иным пациентам, имеющим ограничения к самообслуживанию или передвижению, а также пациентам с различными формами недержания мочи и кала;

6) халаты, шапочки, бахилы медицинские и т.п.;

7) другие медицинские изделия и расходные материалы разового использования при оказании медицинских услуг.

2. За счет средств ОМС приобретаются лекарственные препараты для медицинского применения, включенные в Перечень ЖНиВЛП, и медицинские изделия, включенные в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека.

За счет средств ОМС могут приобретаться иные лекарственные препараты, предусмотренные формулярами лекарственного обеспечения лечебного процесса, разрабатываемыми медицинскими организациями (или формулярными комиссиями медицинских организаций) на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Расходы на приобретение лекарственных препаратов, не включенных в Перечень ЖНиВЛП или в разработанные медицинской организацией формуляры, производятся при оказании медицинских услуг пациентам в соответствии с решением врачебной комиссии медицинской организации, оформленным соответствующим протоколом, а при экстренных и неотложных состояниях – в соответствии с решением заместителя главного врача по лечебной работе, зафиксированным в медицинской документации.

4. За счет средств ОМС, предусмотренных в структуре тарифов для расходов на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий, не компенсируются следующие затраты по приобретению:

прочих материальных запасов, не потребляемых полностью в процессе оказания медицинской помощи по ОМС и не указанных в статье 15 настоящего тарифного соглашения;

дезинфекционных средств на хозяйственные нужды, а также для проведения санитарно-эпидемиологических и дезинфекционно-стерилизационных мероприятий.

Вышеуказанные расходы осуществляются за счет средств, предусмотренных в структуре тарифов для компенсации хозяйственных расходов медицинской организации, или иных средств.

5. Для обоснования тарифов стоматологической лечебно-диагностиче-



ской услуги применяется перечень лекарственных средств и медицинских изделий, необходимых для оказания стоматологической помощи по ОМС согласно приложению 17 к настоящему тарифному соглашению. При этом торговое наименование лекарственных средств и медицинских изделий употребляется в указанном перечне исключительно с целью обоснования размера тарифа стоматологической лечебно-диагностической услуги.

#### Статья 55. Расходы на приобретение продуктов питания

1. В тарифы включаются расходы на приобретение продуктов питания для обеспечения питанием пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе специализированных продуктов детского питания (молочных смесей) детям первых двух лет жизни, находящимся на прикорме и искусственном вскармливании, специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых технологической обработке (белковых композитных сухих смесей), а также для обеспечения выдачи молока работникам медицинских организаций, занятым на работах с вредными условиями труда, аттестованных в установленном порядке<sup>7</sup>.

2. Расходы по организации питания пациентов при отсутствии организованного питания в медицинской организации помимо финансового обеспечения, предусмотренного в структуре тарифов для компенсации расходов на приобретение продуктов питания, компенсируются в составе расходов на оплату труда и хозяйственных расходов.

2. Медицинские организации при расходовании средств на лечебное питание должны обеспечить соблюдение норм лечебного питания в соответствии со статьей 39 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

#### Статья 56. Прочие расходы, включенные в структуру тарифов

1. В тарифы включаются расходы на приобретение мягкого инвентаря для пациентов и медицинского персонала медицинской организации в соответствии с табелем оснащения и нормами бесплатной выдачи санитарной одежды (с учетом приказов Министерства здравоохранения СССР от 29.01.1988 № 65, от 15.09.1988 № 710).

2. В состав компенсируемых за счет средств ОМС затрат на оказание медицинской помощи, кроме того, включаются необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации следующие хозяйственные расходы:

---

<sup>7</sup> При отсутствии данных о результатах аттестации рабочих мест по условиям труда или невыполнении требований аттестации рабочих мест работодателем сохраняется порядок бесплатной выдачи молока, действовавший до вступления в силу приказа Минздравсоцразвития России от 16.02.2009 № 45н «Об утверждении норм и условий бесплатной выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, молока или других равноценных пищевых продуктов, Порядка осуществления компенсационной выплаты в размере, эквивалентном стоимости молока или других равноценных пищевых продуктов, и Перечня вредных производственных факторов, при воздействии которых в профилактических целях рекомендуется употребление молока или других равноценных пищевых продуктов».

расходы по оплате услуг связи, транспортных и коммунальных услуг;  
расходы по оплате работ, услуг, связанных с содержанием имущества за исключением капитального ремонта объектов капитального строительства и реставрации нефинансовых активов;

прочие расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, за исключением научно-исследовательских, опытно-конструкторских, опытно-технологических, геолого-разведочных работ, услуг по типовому проектированию, проектных, изыскательских и иных видов работ, связанных с работами по проектированию, строительству или контролю за реконструкцией, строительством, ремонтом объектов капитального строительства;

расходы на арендную плату за пользование имуществом;

расходы по оплате программного обеспечения и прочих услуг;

социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;

прочие расходы, в том числе расходы по уплате налогов (включаемых в состав расходов), государственных пошлин и сборов, различного рода платежей в бюджеты всех уровней;

расходы по увеличению стоимости материальных запасов, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь)<sup>8</sup> стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

3. Экономия финансовых средств, предусмотренных для прочих расходов, сложившаяся по результатам фактически произведенных затрат медицинской организацией, может быть направлена на иные расходы, включенные в структуру тарифов.

## Статья 57. Особенности учета расходов при взаиморасчетах медицинских организаций

1. С целью предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи за счет средств ОМС, фактически поступивших в медицинскую организацию через структуру тарифов, осуществляются расходы по оплате диагностических (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования или их недостаточности), консультативных<sup>9</sup> и иных

---

<sup>8</sup> Под оборудованием, производственным и хозяйственным инвентарем понимаются основные средства, относимые к таковым согласно «ОК 013-2014 (СНС 2008) Общероссийский классификатор основных фондов», утвержденному приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 12.12.2014 № 2018-ст.

<sup>9</sup> То есть консультаций врачей, не являющихся работниками медицинской организации, при этом консультации врачами стационара пациентов других стационарных отделений одной медицинской организации оплате не подлежат.

медицинских услуг, заказываемых в других медицинских организациях. Взаиморасчеты медицинских организаций осуществляются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации на основании заключаемых договоров (контрактов).

2. Расходы по оплате стоимости диагностических, консультативных и иных медицинских услуг, производимых в других медицинских организациях, компенсируются в структуре тарифов средствами, предусмотренными для расходов на оплату труда, расходов по приобретению лекарственных средств и медицинских изделий, продуктов питания и прочих расходов.

Расходы по оплате медицинских услуг, заказываемых в других медицинских организациях, в аналитическом учете могут относиться на расходы по приобретению лекарственных средств и медицинских изделий, продуктов питания в доле указанных расходов в стоимости оплачиваемой медицинской услуги согласно заключенному договору (контракту).

#### Статья 58. Расходы, не включенные в структуру тарифов

1. В тарифы не включены расходы, которые не предусмотрены структурой тарифа, определенной Территориальной программой, в том числе расходы по проведению капитального ремонта объектов капитального строительства и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу), а также иные расходы, осуществляемые за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов или иных средств медицинской организации.

2. Расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий, осуществляемые медицинской организацией за счет средств ОМС, не включают в себя затраты на приобретение:

лекарственных средств для льготного обеспечения необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан при амбулаторном лечении;

оптических стекол и оправ;

вакцин, используемых при проведении профилактических прививок в рамках Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

вакцин, используемых для проведения массовой туберкулинодиагностики в соответствии с законодательством о предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации;

донорской крови и ее компонентов;

материалов для зубопротезирования;

лекарственных средств для научных исследований, клинических исследований лекарственных препаратов, лекарственных средств и медицинских изделий для клинических испытаний медицинских изделий;

иных расходов, для которых предусмотрены иные, нежели средства

ОМС, источники финансового обеспечения, или расходов, не обусловленных оказанием медицинской помощи по ОМС.

3. Расходы медицинских организаций, не предусмотренные Территориальной программой в структуре тарифов, осуществляются:

федеральными казенными, бюджетными или автономными учреждениями, государственными автономными или бюджетными учреждениями - за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета, а бюджетными или автономными – и за счет иных средств;

иными медицинскими организациями, в том числе иных форм собственности – за счет иных средств.

#### IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Статья 59. Порядок применения неоплаты неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

1. Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи по ОМС по предъявленным к оплате тарифам, санкции к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС применяется страховой организацией и фондом согласно Порядку контроля и настоящему тарифному соглашению.

2. Экспертиза качества медицинской помощи по ОМС проводится экспертами качества медицинской помощи, включенными в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, с использованием Методики проведения экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края, утвержденной приказом фонда.

Экспертиза качества медицинской помощи по ОМС проводится на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также способом проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи сложившейся клинической практике.

Статья 60. Перечень и размеры санкций, применяемых к медицинской организации за нарушение обязательств при оказании медицинской помощи

За нарушение обязательств при оказании медицинской помощи по ОМС к медицинским организациям применяются санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, и их величины согласно приложению 18 к настоящему тарифному соглашению.

## V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 61. Срок действия и правила разъяснения тарифного соглашения

1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон и распространяется на отношения в сфере ОМС на территории Ставропольского края с 01 января 2017 года за исключением отдельных положений, в том числе последующих изменений, для которых установлен иной срок вступления в силу.

2. Настоящее тарифное соглашение действует до вступления в силу тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края в новой редакции.

3. В части, не отраженной в настоящем разделе, порядок и условия применения тарифов, установленных настоящим соглашением, разъясняют совместно министерство и фонд.

Статья 62. Правила определения состава уполномоченных представителей и ратификации тарифного соглашения

1. Состав уполномоченных представителей сторон настоящего тарифного соглашения, участвующих в подписании настоящего тарифного соглашения, из числа членов Комиссии определяется в соответствии с Федеральным законом.

В случае включения в состав Комиссии представителя организации, представитель которой не участвовал в настоящем тарифном соглашении, уполномоченный представитель этой организации подписывает соглашение о ратификации настоящего тарифного соглашения, которое удостоверяется министерством и фондом. Соглашение о ратификации настоящего тарифного соглашения является его неотъемлемой частью.

2. В случае прекращения членства в составе Комиссии всех представителей организации, являвшейся уполномоченным представителем при подписании настоящего тарифного соглашения, уполномоченный представитель соответствующей организации не участвует в настоящем тарифном соглашении

с даты исключения из состава Комиссии последнего из членов, являвшегося представителем данной организации.

### Статья 63. Порядок предоставления информации членам Комиссии

1. Согласно Правилам, порядок предоставления информации членам Комиссии, в том числе правила и сроки обращений в Комиссию медицинских и страховых медицинских организаций, определяется решением Комиссии.

2. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

На очередном заседании Комиссии подлежат рассмотрению обращения медицинских и страховых медицинских организаций, поступившие секретарю Комиссии не позднее чем за 15 рабочих дней до назначенного председателем Комиссии дня ее заседания.

### Статья 64. Порядок изменения тарифного соглашения

1. Настоящее тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в части по инициативе не менее одной трети членов Комиссии.

Инициаторы внесения изменений или дополнений в настоящее тарифное соглашение не позднее чем за 15 рабочих дней до предлагаемого срока внесения изменений направляют мотивированное предложение секретарю Комиссии, который обеспечивает его направление иным членам Комиссии либо оглашают свои предложения на заседании Комиссии с предоставлением членам Комиссии проекта изменений.

Рассмотрение предложений о внесении изменений в настоящее тарифное соглашение организует председатель Комиссии.

2. Изменения в настоящее тарифное соглашение оформляются протоколом Комиссии и подписываются уполномоченными представителями организаций, представленных в составе Комиссии, и участвовавших в настоящем тарифном соглашении либо ратифицировавших настоящее тарифное соглашение.

3. Изменения в настоящее тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника финансового обеспечения затрат.

### Статья 65. Правила индексации тарифов

Базовые тарифы могут индексироваться способом введения соответствующих коэффициентов. При установлении коэффициентов индексации базовые тарифы применяются с соответствующим коэффициентом с даты его введения.

## Статья 66. Порядок урегулирования разногласий

1. В случае возникновения разногласий по применению настоящего тарифного соглашения любой участник ОМС вправе обратиться в министерство и фонд для разъяснений. Указанные разъяснения подлежат опубликованию на официальных сайтах министерства и фонда в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в срок не позднее 14 календарных дней со дня их издания.

Изданными министерством и фондом разъяснениями настоящего тарифного соглашения участники ОМС руководствуются при проведении переговоров и разрешении возникших разногласий.

2. Медицинская организация обжалует заключение страховой организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с Порядком контроля.

3. При не урегулировании участниками ОМС на территории Ставропольского края разногласий в процессе переговоров споры разрешаются в Арбитражном суде Ставропольского края.

## Статья 67. Порядок расчетов при превышении медицинской организацией объемов медицинской помощи

1. Медицинская помощь, оказываемая за счет средств ОМС, предъявляется к оплате и оплачивается страховыми организациями или фондом в соответствии с Федеральным законом, Правилами, заключенными договорами в пределах объемов медицинской помощи по ОМС, установленных Комиссией.

2. При превышении объемов медицинской помощи по ОМС медицинской организацией и страховой организацией или фондом составляется реестр актов медико-экономического контроля в соответствии с Порядком контроля, который приобщается к акту сверки расчетов.

3. Комиссией может быть принято решение об увеличении установленных медицинской организации объемов медицинской помощи по ОМС при наличии подтвержденного документами обоснования медицинской организацией превышения установленных объемов медицинской помощи по ОМС, фактически подтвержденной потребности в финансовом обеспечении затрат на оказание медицинской помощи по ОМС и резервов объемов медицинской помощи по ОМС, а также финансовых средств на ее оказание.

## Статья 68. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, порядок информационного взаимодействия

1. Порядок персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказан-

ной застрахованным лицам, установлен приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

2. Регламент информационного взаимодействия при расчетах за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам на территории Ставропольского края (далее – Регламент ИВзОМС), Регламент медико-экономического контроля реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, оказанной застрахованным лицам на территории Ставропольского края, и Регламент организации информационных систем участников ОМС на территории Ставропольского края утверждаются фондом в соответствии с действующим законодательством, Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 (далее – Общие принципы), Территориальной программой, рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также практикой применения вышеуказанных нормативных актов.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, содержащий сведения, установленные Федеральным законом, Общими принципами и Регламентом ИВзОМС, формируется и предоставляется плательщику на бумажном носителе и в виде электронного файла. Формат электронного файла реестра счетов на оплату медицинской помощи по ОМС определяется фондом в соответствии с Общими принципами, а также практикой их применения.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС включает информацию о регистрации госпитализации пациентов в едином информационном ресурсе, предназначенном для информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им специализированной медицинской помощи.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС включает информацию о всех, оказанных застрахованному лицу, медицинских услугах, классифицированных Номенклатурой, независимо от их тарификации согласно настоящему тарифному соглашению.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС на бумажном носителе должен быть прошит, пронумерован и скреплен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и с приложением оттиска печати медицинской организации.

3. В случае присоединения медицинской организации к Регламенту организации электронного юридически значимого документооборота в сфере ОМС на территории Ставропольского края, установленному фондом, и внедрения электронного юридически значимого документооборота с использованием квалифицированной электронной подписи счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, а также иные документы в связи с исполнением договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС по



перечню, определенному фондом, могут представляться контрагенту только в электронном виде.

4. Электронный юридически значимый документооборот в сфере ОМС на территории Ставропольского края осуществляется в едином информационном пространстве ОМС на территории Ставропольского края – сети ViPNet № 636.

Порядок осуществления электронного юридически значимого документооборота определяется Регламентом предоставления услуг уполномоченной организации удостоверяющего центра электронной подписи автоматизированных информационных систем единого информационного пространства системы ОМС, а также Регламентом организации электронного юридически значимого документооборота в сфере ОМС на территории Ставропольского края, установленными фондом.

Решение готовности участника ОМС осуществлять юридически значимый электронный документооборот в сфере ОМС на территории Ставропольского края принимает фонд.

Статья 69. Правила оформления, опубликования и хранения тарифного соглашения

1. Настоящее тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр тарифного соглашения хранится в министерстве, второй – в фонде.

Изменения к настоящему тарифному соглашению принимаются решением Комиссии, подписывается представителями сторон и составляются в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр изменений хранится в министерстве, второй – в фонде.

2. Настоящее тарифное соглашение и изменения к нему подлежат хранению по правилам организации государственного архивного фонда.

3. Настоящее тарифное соглашение и изменения к нему подлежат опубликованию на официальных сайтах министерства и фонда в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в срок не позднее 14 календарных дней со дня их принятия.

#### ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Первый заместитель  
министра здравоохранения  
Ставропольского края

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Ставропольского края

\_\_\_\_\_ А.А. Пучков  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 года

\_\_\_\_\_ С.П. Трошин  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 года

Директор филиала ООО «СК  
«Ингосстрах-М» в г. Ставрополе –  
«ЭМЭСК» – руководитель  
Южного регионального центра

\_\_\_\_\_ А.Ф. Лавриненко  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 года

Директор филиала АО  
ВТБ Медицинское страхование  
в Ставропольском крае

\_\_\_\_\_ Т.А. Макоева  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 года

Президент  
общественной организации  
«Врачи Ставропольского края»

\_\_\_\_\_ М.А. Земцов  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 года

Председатель Ставропольской  
краевой организации профсоюза  
работников здравоохранения  
Российской Федерации

\_\_\_\_\_ А.И. Кривко  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 года