

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Удмуртской Республики на 2019 год

г.Ижевск

« 20» декабря 2018 года

Представители:

органа исполнительной власти в лице заместителя Председателя Правительства Удмуртской Республики Муталенко Анастасии Александровны, министра здравоохранения Удмуртской Республики Титова Игоря Георгиевича;

Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (ТФОМС УР) в лице директора ТФОМС УР Митрошина Павла Вячеславовича, заместителя директора ТФОМС УР Олоновой Лады Александровны;

страховых медицинских организаций в лице директора филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Ижевске Гориной Александры Владимировны;

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

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

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

1. Общие положения

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

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

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

постановление Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» от 10.12.2018г. № 1506,

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

приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»,

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

письмо МЗ РФ от 21.11.2018 г. № 11-7/10/2-7543 и ФФОМС от 21.11.2018 г. № 14525/26-1/и "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования",

письмо Минздрава России от 13.12.2017г. №11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»,

проект постановления Правительства Удмуртской Республики «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

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

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

1.4. Структура тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) включает в себя расходы на заработную плату,

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

1.5. Статьи расходов классификации операций сектора государственного управления (КОСГУ), включаемые в состав тарифов на оплату первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики, приведены в **приложении 1** к Тарифному соглашению.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Удмуртской Республике

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

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

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

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

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

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

2.1.2. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (ПНФ) осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-терапевтами участковыми цехового врачебного участка, врачами-терапевтами подростковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами-педиатрами городскими (районными), врачами-педиатрами медицинских кабинетов и здравпунктов дошкольно - школьных образовательных учреждений (врач-педиатр ДШО), врачами общей практики (семейными врачами), врачами-акушерами-гинекологами, врачами-неврологами, врачами-офтальмологами, врачами-оториноларингологами, врачами-хирургами, врачами-детскими хирургами, врачами-дерматовенерологами, врачами-инфекционистами, фельдшерами, медицинскими сестрами и акушерами (в том числе фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов, медицинских пунктов) (Перечень специалистов в ПНФ), в плановой форме, включая расходы на медицинскую помощь в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, хирургические операции, выполненные в рамках посещения (обращения), лабораторные и другие лечебно-диагностические исследования (за исключением услуг, оплачиваемые по отдельным тарифам), включая оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (медицинскими комплексами).

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом

единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, приведен в **приложении 3** Тарифному соглашению.

Оплата первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц предусматривает различия в затратах на оказание медицинской помощи застрахованным лицам в зависимости от пола и возраста, наличия в медицинской организации отдельных структурных подразделений (в т.ч. фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов).

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

- диспансеризации определенных групп взрослого населения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе принятых под опеку; диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; профилактические медицинские осмотры взрослого населения и несовершеннолетних;

- посещений в Центрах здоровья;

- диализа в амбулаторных условиях;

- медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;

- медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам;

- медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, не включенными в Перечень специалистов в ПНФ;

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам УР, не прикрепленным ни к одной медицинской организации;

- медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации;

- медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями третьего уровня, не имеющими прикрепленного населения.

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

Под внешними медицинскими услугами в амбулаторных условиях (в рамках подушевого финансирования) понимаются посещения, обращения (законченные случаи) прикрепившихся к медицинской организации лиц, оказанные в других медицинских организациях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

Ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц определяется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным для каждой

МО в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций, приведенной в **приложении 4** к Тарифному соглашению.

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

$$ОФмес = Спф + Сву1 - Сву + Свс + Сдисп + Сцз + Сд + Сусл + Снн + Смтр,$$

где

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

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

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

Свс – оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, не включенными в ПНФ, и оплата медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;

Сдисп – оплата диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения;

Сцз – оплата медицинских услуг, оказанных в Центре здоровья;

Сд – оплата медицинских услуг диализа в амбулаторных условиях;

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

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

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

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

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

обращение (законченный случай) медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь.

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

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

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

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

где

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

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

2.1.3.2. Стоимость одного посещения **с профилактической и иной целью** (за исключением стоматологической медицинской помощи), а также посещения в обращении по поводу заболевания, по *i*-ой специальности (S_i), рассчитывается по формуле:

$$S_i = T_i + \sum T_{хо}$$

где

T_i - тариф посещения с профилактической и иной целью, посещения в обращении по поводу заболевания, по *i*-ой специальности для медицинских организаций соответствующего уровня оказания медицинской помощи;

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

2.1.3.3. Оплата за обращение (законченный случай) при оказании медицинской помощи **по поводу заболевания** осуществляется с учетом количества посещений в обращении. К обращениям по поводу заболевания относятся законченные случаи лечения заболевания при кратности не менее

двух врачебных посещений по поводу одного и того же основного заболевания и выполнении диагностических и лечебных мероприятий в соответствии со стандартами, протоколами, клиническими рекомендациями.

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

Стоимость обращения по поводу заболевания ($S_{обр}$) рассчитывается как сумма всех посещений, выполненных в рамках одного обращения по заболеванию:

$$S_{обр} = \sum S_i$$

где

S_i – тариф i -го посещения в обращении по поводу заболевания.

2.1.3.4. Оплата за посещение при оказании стоматологической медицинской помощи с профилактической и иной целью, в неотложной форме, обращение по поводу заболевания осуществляется с учетом количества условных единиц труда (УЕТ) в посещении (обращении).

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

$$S_{стомi} = T_{i_ует} * N_{ует}$$

где

$T_{i_ует}$ – тариф УЕТ по i специальности;

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

Количество УЕТ, выполненное в рамках посещения (обращения), определяется согласно **приложению 5** к Тарифному соглашению.

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

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

Перечень медицинских организаций, имеющих Центры здоровья, приведен в **приложении 6** к Тарифному соглашению.

2.1.5. В рамках ТППГ осуществляется:

1) диспансеризация в соответствии с порядками, утвержденными МЗ РФ, определенных групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том

числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме,

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

3) профилактические медицинские осмотры взрослого населения и несовершеннолетних в соответствии с порядком, утвержденным МЗ РФ.

Все виды диспансеризаций и медицинских осмотров могут осуществляться с помощью мобильных медицинских бригад (медицинских комплексов) для проведения диспансеризации жителей отдаленных районов.

Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации по месту прикрепления, где он получает первичную медико-санитарную помощь, прикрепление учитывается на дату проведения диспансеризации (профосмотров).

2.1.5.1. Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется по тарифам за законченный случай первого этапа диспансеризации и за законченный случай - при проведении второго этапа диспансеризации.

Случай проведения первого этапа диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в полном объеме при условии выполнения в период его проведения не менее 85% от объема установленного для данного возраста и пола, функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров, предусмотренных порядком их проведения в соответствии с приказом МЗ РФ от 26.10.2017г. №869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" (далее - объем диспансеризации). При этом обязательным является проведение опроса (анкетирования), прием врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового врачебного участка, врачом общей практики), маммография обеих молочных желез в двух проекциях, цитологическое исследование мазка с шейки матки (далее по тексту - обязательное условие 1 этапа диспансеризации)

В случае, если число врачебных осмотров, функциональных и лабораторных исследований, выполненных ранее и учитываемых в объеме диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, а общий объем диспансеризации при этом составляет 85% и более, оплата производится только за выполненные в период проведения первого этапа диспансеризации врачебные осмотры, функциональные и лабораторные исследования.

Оплата I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения по тарифу за законченный случай проведения профилактического осмотра взрослого населения осуществляется, если в рамках I этапа диспансеризации общий объем выполненных осмотров (исследований и мероприятий) составил менее 85% (либо не выполнено обязательное условие 1

этапа диспансеризации) от объема диспансеризации, установленного для соответствующего пола и возраста, но при этом выполненные осмотры (исследования и мероприятия) составляют 85 и более процентов от объема обследования, установленного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 №1011 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» для профилактического медицинского осмотра взрослого населения, оплата осуществляется за законченный случай проведения профилактического осмотра взрослого населения. Такие случаи подлежат учету как профилактические осмотры взрослого населения и не учитываются как случай проведения I этапа диспансеризации.

Если в рамках I этапа диспансеризации общий объем выполненных осмотров (исследований и мероприятий) составил менее 85% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего пола и возраста, и менее 85% от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра взрослого населения оплата осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц. Такие случаи подлежат учету как обычные посещения с профилактической и иными целями и не учитываются как случай проведения I этапа диспансеризации и как случай профилактического медицинского осмотра взрослого населения.

При выявлении на первом этапе диспансеризации каких-либо медицинских показаний, пациент направляется на дальнейшее обследование и консультирование для уточнения состояния его здоровья и диагноза на второй этап диспансеризации.

Второй этап считается завершенным и подлежит оплате в случае осмотра врача-терапевта (врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики) с установлением группы здоровья с учетом выявленной патологии и заключений специалистов, дополнительных исследований в рамках второго этапа диспансеризации, а так же с учетом проведения индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования.

Оплата диспансеризации проводимой 1 раз в 2 года осуществляется по тарифам законченного случая 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, проводимые 1 раз в 2 года: маммографии обеих молочных желез в двух проекциях (для женщин в возрасте 50-70 лет), исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (для граждан в возрасте от 49 до 73 лет), прием (осмотр) врачом-терапевтом (врачом терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейным врачом)) по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимой 1 раз в 2 года при наличии выявленных патологических изменений, включающий определение в соответствии с выявленными изменениями медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации.

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

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

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

Тариф законченного случая проведения первого этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, включает в себя расходы на проведение осмотра врачами-специалистами и расходы на выполнение лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем осмотров и исследований в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и приказом МЗ РФ от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

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

Тариф законченного случая проведения первого и второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей включает тариф законченного случая 1 этапа и стоимость посещения к врачам-специалистам по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам посещений с профилактической и иной целью в зависимости от лечебной специальности и уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации.

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

Тарифы законченного случая проведения первого этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних включают в

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

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

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за медицинскую услугу, приведен в **приложении 7** к Тарифному соглашению.

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

Перечень медицинских услуг КТ, МРТ, ПЭТ, сцинтиграфии оплачиваемых по отдельным тарифам, приведен в **приложении 8** к Тарифному соглашению.

Медицинские услуги КТ, МРТ, ПЭТ, сцинтиграфии проводимые в период пребывания пациента в стационаре (дневном стационаре), включены в оплату за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ).

2.1.7. При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу - одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. Проведение диализа в амбулаторных условиях планируется и учитывается как 1 обращение по заболеванию в месяц, оплачивается с учётом количества фактически проведённых за месяц процедур (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). Для оплаты услуг диализа Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оплату диализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ» и код

услуги А18.30.001 "Перитонеальный диализ") и коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые для расчета стоимости прочих услуг диализа к установленным Тарифным соглашением базовым тарифам на оплату диализа.

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

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

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

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в **приложении 9** к Тарифному соглашению.

2.2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Территориальную программу ОМС, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- услуг диализа, включающих различные методы.

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

медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

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

- диагноз (код в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-го пересмотра» (МКБ-10));

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

- схема лекарственной терапии;

- МНН лекарственного препарата;

- сопутствующий диагноз или диагноз осложнения заболевания (код по МКБ-10);

- оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

- длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;

- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

- возраст и пол пациента;

- длительность лечения.

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

2.2.4. Отнесение случая лечения в стационаре к конкретной КСГ на основе основных и дополнительных критериев группировки осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями ФФОМС и МЗ РФ по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и Инструкцией ФФОМС по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (вместе с Расшифровкой КСГ в соответствии с МКБ 10, Номенклатурой услуг и дополнительными квалификационными критериями для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара (письмо ФФОМС от 03.12.2018 №15031/26-2/и).

В ряде случаев, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратно для группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратно для группы, к которой его

можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата может осуществляться по группе, сформированной по диагнозу. Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ, для которых отнесение случая к КСГ должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры (отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-10 к терапевтической группе исключается):

Комбинации КСГ, при которых выбор КСГ осуществляется на основе кода Номенклатуры услуг			
Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по услуге	Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	st02.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	st21.007	Болезни глаза
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	st34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	st26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	st30.003	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	st30.005	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани и другие болезни кожи

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

$$СС_{кcg} = БС * КЗ_{кcg} * ПК,$$

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

КЗ_{кcg} - коэффициент относительной затратно-емкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, характеризует затратно-емкость клинико-статистической группы заболеваний по отношению к базовой ставке;

ПК - поправочный коэффициент оплаты по КСГ.

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования", является единым для всей территории Удмуртской Республики (1,105) и учитывается в базовой ставке.

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

$$ПК = Купр * Кур * Кслп,$$

где: Купр - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается с целью регулирования уровня госпитализаций, уменьшения количества непрофильных госпитализаций, стимулирования развития применения современных эффективных технологий;

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

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

2.2.6. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных

исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены в коэффициенте затратно-стоимости, при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи не применяется (устанавливается равным 1,0). Перечень КСГ в условиях стационара, для которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, приведен ниже:

Код КСГ	Наименование КСГ
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st06.003	Легкие дерматозы
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень2)
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st20.010	Замена речевого процессора
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st30.004	Болезни предстательной железы
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

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

Код КСГ	Наименование КСГ
st05.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
st05.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе
st05.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
st05.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
st05.011	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.003	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость*
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)

Код КСГ	Наименование КСГ
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)

Код КСГ	Наименование КСГ
st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
st19.037	Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
st19.039	Лучевая терапия (уровень 1)
st19.040	Лучевая терапия (уровень 2)
st19.041	Лучевая терапия (уровень 3)
st19.042	Лучевая терапия (уровень 4)
st19.043	Лучевая терапия (уровень 5)
st19.044	Лучевая терапия (уровень 6)
st19.045	Лучевая терапия (уровень 7)
st19.046	Лучевая терапия (уровень 8)
st19.047	Лучевая терапия (уровень 9)
st19.048	Лучевая терапия (уровень 10)
st19.049	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1)
st19.050	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2)
st19.051	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)
st19.052	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)
st19.053	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)
st19.054	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 6)
st19.055	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 7)

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

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

Код КСГ	Наименование КСГ
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы

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

- при лечении пациентов в возрасте до 4 лет (кроме КСГ, относящихся к профилю «неонатология» при госпитализации детей до 1 года);

- при лечении пациентов в возрасте старше 75 лет (кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки);

- при наличии у пациента старческой астении (R54) в случае госпитализации на геронтологические профильные койки с основным диагнозом, относящимся к другому профилю (не старческая астения (R54));

- при предоставлении спального места и питания одному из родителей (законному представителю) при совместном нахождении с ребенком в медицинской организации при оказании ребенку медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с законодательством Российской Федерации (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний);

- при наличии у пациента следующих видов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента: сахарный диабет 1 и 2 типа (E10-E11); детский церебральный паралич (G80); ВИЧ/СПИД стадии 4Б и 4В (взрослые) (B20-B24); легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) (I27.0); перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6);

- при сверхдлительных сроках госпитализации (Ксвдл), обусловленных медицинскими показаниями, значение определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней:

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

Кдл - коэффициент длительности, устанавливаемый в размере 0,25;

ФКД - фактическое количество койко-дней;

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

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

№ КСГ	Наименование КСГ
st10.001	Детская хирургия, уровень 1
st10.002	Детская хирургия, уровень 2
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость

№ КСГ	Наименование КСГ
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st33.007	Ожоги (уровень 5)

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

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

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

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

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

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

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

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

Конкретная доля оплаты прерванных случаев в разрезе КСГ в условиях стационара установлена в приложении 23 к Тарифному соглашению.

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

Код КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение

Код КСГ	Наименование КСГ
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
st04.006	Панкреатит с синдромом органной дисфункции
st05.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
st05.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
st05.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
st05.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st05.011	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.007	Сепсис с синдромом органной дисфункции
st12.013	Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.002	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st16.005	Сотрясение головного мозга
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*

Код КСГ	Наименование КСГ
st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st27.013	Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st33.008	Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина *
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.008	Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении

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

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

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

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
- родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением;
- в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10: O14.1 Тяжелая преэклампсия; O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери; O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующей предоставления медицинской помощи матери; O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери; O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

Дополнительным квалификационным критерием отнесения к КСГ служит оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ), разработанная Союзом реабилитологов России. При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Удмуртской Республике. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении пациента в круглосуточный или дневной стационар. В случае, если состояние пациента может быть описано набором утверждений, относящихся к разным статусам по ШРМ, выставляется оценка, соответствующая описанию, для которого выполняется большинство критериев.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

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

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

2.2.15. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Территориальной программе ОМС в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (Перечень). В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

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

$$S_{\text{ВМП}} = T_{\text{ВМП}i},$$

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

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

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в **приложении 10** к Тарифному соглашению.

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

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

- диагноз (код в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-го пересмотра» (МКБ-10));
- хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н (Номенклатура услуг)).
- схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- сопутствующий диагноз (код по МКБ-10);
- шкала реабилитационной маршрутизации;
- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- возраст и пол пациента.

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

Комбинации КСГ, при которых выбор КСГ осуществляется на основе кода Номенклатуры услуг			
Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по коду услуги	Код КСГ	Наименование КСГ, сформированной по коду диагноза
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)	ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода

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

$$СС_{кcg} = БС * КЗ_{кcg} * ПК,$$

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

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

ПК - поправочный коэффициент оплаты по КСГ

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования", является единым для всей территории Удмуртской Республики (1,105) и учитывается в базовой ставке.

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

$$ПК = Купр * Кслп,$$

где Купр- управленческий коэффициент, устанавливаемый с целью регулирования уровня госпитализаций, уменьшения количества непрофильных

госпитализаций, стимулирования развития применения современных эффективных технологий;

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

В связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в дневных стационарах медицинских организаций Удмуртской Республики коэффициент уровня оказания медицинской помощи для условий дневного стационара не устанавливается.

2.3.5. Перечень КСГ в условиях дневного стационара, для которых не может применяться повышающий управленческий коэффициент приведен ниже.

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds06.001	Дерматозы
ds36.002	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения

2.3.6. Перечень КСГ в условиях дневного стационара, для которых не может применяться понижающий управленческий коэффициент приведен ниже.

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети
ds19.001	Лучевая терапия (уровень 1)
ds19.002	Лучевая терапия (уровень 2)
ds19.003	Лучевая терапия (уровень 3)
ds19.004	Лучевая терапия (уровень 4)
ds19.005	Лучевая терапия (уровень 5)
ds19.006	Лучевая терапия (уровень 6)
ds19.007	Лучевая терапия (уровень 7)
ds19.008	Лучевая терапия (уровень 8)
ds19.009	Лучевая терапия (уровень 9)
ds19.010	Лучевая терапия (уровень 10)
ds19.011	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1)
ds19.012	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2)
ds19.013	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)
ds19.014	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)
ds19.015	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)

ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ

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

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

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

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

$$C_d = T_d * K_z * N_d,$$

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

K_z – коэффициент относительной затратоемкости для оплаты услуг диализа;

N_d – количество услуг гемодиализа или дней обмена перитонеального диализа, проведенных в рамках законченного случая лечения пациента.

КСГ 42 не может применяться в сочетании с услугами диализа, так как данная КСГ применяется при оплате медицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью, находящимся в преддиализной стадии лечения.

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

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

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

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

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds 02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), I-II этапов (получение яйцеклетки), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов, к КСГ ds02.005 применяется КСЛП в размере 0,6.

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

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

2.3.9. Оплата медицинской реабилитации в условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с п.2.2.12 Тарифного соглашения с учетом дополнительного квалификационного критерия отнесения к КСГ - оценка состояния пациента 2 или 3 по ШРМ.

2.3.10. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в дневном стационаре осуществляется в порядке согласно п.2.2.10 Тарифного

соглашения. Конкретная доля оплаты прерванных случаев в разрезе КСГ в условиях дневного стационара установлена в приложении 27 к Тарифному соглашению. Перечень КСГ в условиях дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (исключительные случаи):

Код КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds02.005	Экстракорпоральное оплодотворение
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*

Код КСГ	Наименование КСГ
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

2.3.11. Оплата медицинской помощи при переводе пациента в пределах одной медицинской организации из одного отделения дневного стационара в другое осуществляется аналогично п.2.2.11 Тарифного соглашения.

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

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

По отдельным тарифам оплачиваются:

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

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, и оплата скорой медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, приведен в **приложении 11** к Тарифному соглашению.

2.4.2. Ежемесячный объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, определяется в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, приведенной в **приложении 12** к Тарифному соглашению.

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

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

3. Размер тарифов на оплату медицинской помощи

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

3.1.1. средний размер финансового обеспечения помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **4 435,6** руб.

3.1.2. размер подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в размере **184,70** руб. в месяц;

3.1.3. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии с **приложением 13** к Тарифному соглашению;

3.1.4. средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в соответствии с **приложением 14** к Тарифному соглашению;

3.1.5. Тарифы посещений на оплату амбулаторной медицинской помощи, включая оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (медицинскими комплексами), УЕТ при оказании стоматологической медицинской помощи в соответствии с **приложением 15** к Тарифному соглашению;

3.1.6. тарифы законченных случаев в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения включая оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (медицинскими комплексами) в соответствии с **приложением 16** к Тарифному соглашению;

3.1.7. тарифы на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполняемые в рамках 1-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, проводимой 1 раз в 3 года и 1 раз в 2 года, включая оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (медицинскими комплексами) в соответствии с **приложением 17** к Тарифному соглашению;

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

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

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

3.1.11. тарифы на услуги компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии и сцинтиграфии при оказании амбулаторной медицинской помощи, в соответствии с **приложением 21** к Тарифному соглашению.

3.1.12. базовый тариф и коэффициенты к базовому тарифу для оплаты диализа в соответствии с **приложением 22** к Тарифному соглашению. (применяется также для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара)

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

3.2.1. средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями,

участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **5 840,3** руб.;

3.2.2. размер средней стоимости законченного случая лечения в стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере **23 043,2** руб.;

3.2.3. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ и управленческих коэффициентов для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, в соответствии с **приложением 23** к Тарифному соглашению;

3.2.4. коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с **приложением 24** к Тарифному соглашению;

3.2.5. коэффициенты сложности курации пациента, применяемые при оплате медицинской помощи в стационарных условиях, в соответствии с **приложением 25** к Тарифному соглашению;

3.2.6. тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с **приложением 26** к Тарифному соглашению.

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

3.3.1. средний размер финансового обеспечения стационарозамещающей медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **1 302,1** руб.;

3.3.2. размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере **12 773,47** руб.;

3.3.3. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ и управленческих коэффициентов для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в соответствии с **приложением 27** к Тарифному соглашению;

3.3.4. коэффициенты сложности курации пациента, применяемые при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара, в соответствии с **приложением 28** к Тарифному соглашению;

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

3.4.1. средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **753,1** руб руб.;

3.4.2. размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в размере **60,75** руб. в месяц;

3.4.3. тариф вызова скорой медицинской помощи без проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики в размере **2 556,97** руб.;

3.4.4. тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи в размере **82 457** руб.;

3.4.5. половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в соответствии с **приложением 29** к Тарифному соглашению;

3.4.6. средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в соответствии с **приложением 30** к Тарифному соглашению;

4. Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с **приложением 31** к Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие с **01.01.2019 г.**

Действие Тарифного соглашения прекращается с момента принятия нового Тарифного соглашения.

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

5.3. Тарифное соглашение от 25.12.2017г. (со всеми Приложениями к нему) признать утратившим силу.

ПОДПИСИ СТОРОН

Заместитель Председателя Правительства
Удмуртской Республики

Муталенко А.А.

Министр здравоохранения Удмуртской
Республики, заместитель председателя
Комиссии

Титов И.Г.

Директор ТФОМС УР

Митрошин П.В.

Заместитель директора ТФОМС УР,
секретарь Комиссии

Олонова Л.А.

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

Горина А.В.

Председатель УРО ПРЗ РФ

Попова О.П.

Главный специалист по оплате труда
УРО ПРЗ РФ

Симонова В.И.

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

Мальчиков А.Я.

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

Савельев В.С.