**Тарифное соглашение № 321-ОМС**

**в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области**

28 декабря 2015 года

1. **Общие положения**

Председатель комиссии Кремлёв Сергей Леонидович – Министр здравоохранения Челябинской области,

Заместитель председателя комиссии Щетинин Виталий Борисович – Первый заместитель министра здравоохранения Челябинской области,

Члены комиссии:

Альтман Давид Шурович – председатель Некоммерческого партнерства «Медицинская палата Челябинской области» (по согласованию),

Важенин Андрей Владимирович – главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» (по согласованию),

Кинихина Валентина Николаевна – заведующий отделом социально-правовой защиты Челябинской областной организации Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации (по согласованию),

Ковальчук Нина Петровна – председатель Челябинской областной организации Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации (по согласованию),

Ковтун Александр Алексеевич – исполнительный директор общества с ограниченной ответственностью Страховая медицинская компания «Астра-Металл» (по согласованию),

Маханьков Олег Викторович – главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница № 3» (по согласованию),

Михалевская Ирина Сергеевна - директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области (по согласованию),

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

Москвичева Марина Геннадьевна – член Некоммерческого партнерства «Медицинская палата Челябинской области» (по согласованию),

Сергеев Константин Александрович – полномочный представитель Межрегионального Союза Медицинских страховщиков в Челябинской области (по согласованию),

именуемые в дальнейшем Комиссия, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее именуется – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Тарифное соглашение сформировано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования (далее именуется – ОМС) Челябинской области, в соответствии с:

- Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее именуется – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ), от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

- постановлениями Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее именуется - Постановление Правительства РФ от 05.05.2012 № 462), от 19.12.2015 № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»,

- приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее именуются - Правила ОМС), от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (далее именуется - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255), от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» (далее именуется – Приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942), от 27.12.2011 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее именуется – Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 1664н), от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (далее именуется - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.03.2012 № 252н), от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»,

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации» (далее именуется - Приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413), от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации» (далее именуется - Приказ Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545), от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (далее именуется - Приказ Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н), от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» (далее именуется - Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1346н), от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее именуется – Приказ Минздрава РФ от 15.02.2013 № 72н), от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (далее именуется– Приказ Минздрава РФ от 11.04.2013 № 216н), от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее именуется – Приказ Минздрава РФ от 20.06.2013 № 388н), от 07.08.2013 № 549н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» (далее именуется– Приказ Минздрава РФ от 07.08.2013 № 549н), от 28.12.2000 № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» (далее именуется – Приказ Минздрава РФ от 28.12.2000 № 457), от 03.02.2015 № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее именуется – Приказ Минздрава РФ от 03.02.2015 № 36ан),

- приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее именуется – Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230), от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,

- постановлением Правительства Челябинской области от 16.12.2015 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2016 год» (далее именуется – Территориальная программа),

- приказами Министерства здравоохранения Челябинской области от 04.02.2011 № 127 «Об утверждении Перечня функциональных исследований в офтальмологии» (далее именуется - Приказ Минздрава Челябинской области от 04.02.2011 № 127), от 20.06.2011 № 789 «Об организации работы выездной бригады ГУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер» (далее именуется - Приказ Минздрава Челябинской области от 20.06.2011 № 789), от 20.12.2012 № 1782 «Об утверждении порядка направления прикрепленного гражданина к медицинским организациям - Фондодержателям с целью получения внешних медицинских услуг в медицинских организациях - Исполнителях при взаиморасчетах за счет средств подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи» (далее именуется - Приказ Минздрава Челябинской области от 20.12.2012 № 1782), от 04.04.2013 № 475 «Об организации работы по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Челябинской области» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 04.04.2013 № 475), от 26.06.2013 № 967 «Об организации работы по проведению диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в Челябинской области» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 26.06.2013 № 967), от 06.09.2013 № 1505 «Об организации деятельности консультативно-диагностических центров на территории Челябинской области» (далее именуется– Приказ Минздрава Челябинской области от 06.09.2013 № 1505), от 10.11.2014 № 1670 «Об организации проведения диагностических исследований онкологическим больным на позитронно-эмиссионном томографе, совмещенном с компьютерным томографом, и однофотонном эмиссионном компьютерном томографе» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 10.11.2014 № 1670), от 17.12.2015 № 1938 «Об организации проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения Челябинской области в 2016 году» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 17.12.2015 № 1938), от 10.12.2015 № 1883 «Об организации проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения Челябинской области в 2016 году» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 10.12.2015 № 1883), от 31.12.2014 № 2013 «Об организации работы выездных врачебных бригад по оказанию профилактической и лечебно-консультативной медицинской помощи жителям муниципальных образований Челябинской области» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 31.12.2014 № 2013), от 24.07.2009 № 855 «О совершенствовании пренатальной диагностики в Челябинской области» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 24.07.2009 № 855), от 31.07.2009 № 867 «Об организации межрайонных отделений пренатальной диагностики в Челябинской области» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 31.07.2009 № 867), от 27.10.2015 № 1593 «Об организации консультативно-диагностического центра в Магнитогорском медицинском округе» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 27.10.2015 № 1593)», от 27.10.2015 № 1594 «О совершенствовании организации медицинской помощи в консультативно-диагностических центрах Челябинской области» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 27.10.2015 № 1594), от 28.10.2015 № 1595 «Об оптимизации деятельности клинико-диагностических лабораторий медицинских организаций Челябинской области» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 28.10.2015 № 1595), от 12.11.2015 № 1665 «Об утверждении объема лабораторных исследований для направления в клинико-диагностические лаборатории III «Б» уровня» (далее именуется – Приказ Минздрава Челябинской области от 12.11.2015 № 1665).

- приказом Минздрава Челябинской области, Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования от 29.02.2012 № 261/ 07.03.2012 № 249 «О порядке учета численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан, обслуживаемых медицинскими организациями Челябинской области при оказании первичной медико-санитарной помощи» (далее именуется – Приказ от 29.02.2012 № 261/ 07.03.2012 № 249),

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

- письмом Минздрава РФ и ФФОМС от 26.09.2012 № 14-0/10/2-2564 и № 7155/30, письмом Минздрава РФ от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»,

-приказом Главного управления здравоохранения Администрации Челябинской области от 19.03.2001 № 93 «Об утверждении условных единиц трудоемкости работы (УЕТ) специалистов стоматологического профиля» (далее именуется – Приказ ГУЗО от 19.03.2001 № 93),

- письмами Минздрава РФ от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454, Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.12.2014 №6538/21-3/и, и иными нормативными правовыми актами.

**Статья 1. Предмет Тарифного соглашения**

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

**Статья 2. Термины и определения**

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

2. **Прикрепленное лицо к МО– Фондодержателю** - лицо, застрахованное по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, проживающее на территории Челябинской области и учтённое за МО - Фондодержателем в соответствии с Приказом от 29.02.2012 № 261/ 07.03.2012 № 249 для получения первичной медико-санитарной помощи.

3. **МО-Фондодержатели** - амбулаторно-поликлинические медицинские организации - самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных организаций, включая врачей общей практики, фельдшерско-акушерские пункты (за исключением стоматологических поликлиник), оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы ОМС, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, имеющие застрахованных по ОМС прикрепленных лиц, оплата медицинской помощи которым осуществляется по тарифам на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленное лицо.

4. **Медицинские организации - Исполнители** (далее именуется - МО-Исполнители):

- для целей подушевого финансирования - амбулаторно-поликлинические медицинские организации - самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных организаций (за исключением государственных учреждений здравоохранения и медицинских организаций иной формы собственности, не имеющих прикрепленных лиц; консультативно-диагностических центров, организованных в составе медицинских организаций, указанных в приложении 2/10 Тарифного соглашения (далее именуется - КДЦ)), включая врачей общей практики, фельдшерско-акушерские пункты, оказывающие внешние медицинские услуги не прикрепленным к ним лицам;

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

5. **Внешние медицинские услуги**:

- для целей подушевого финансирования - консультативные, лечебно - диагностические, профилактические медицинские услуги, оказанные МО-Исполнителями в отношении не прикрепленных к ним лиц, которые оплачиваются по тарифам для взаиморасчетов за оказанные внешние медицинские услуги;

- для целей оплаты КТ, МРТ – диагностические услуги КТ, МРТ, проведенные по направлениям медицинских организаций, не имеющих возможности оказать данные медицинские услуги, которые оплачиваются по тарифам для взаиморасчетов за оказанные внешние медицинские услуги (КТ, МРТ).

6. **Тариф на основе подушевого норматива финансирования МО** – **Фондодержателей** – размер финансовых средств, рассчитанный для каждой медицинской организации, на основе тарифа среднедушевого норматива финансирования медицинских организаций с применением временных поправочных коэффициентов, с учетом различий в затратах на оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

7. **Тариф на основе среднедушевого норматива финансирования МО**–**Фондодержателей** - размер финансовых средств, предназначенных для оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в расчете на одно прикрепленное лицо в среднем по Челябинской области.

8. **Условная единица трудоемкости** (далее именуется - УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача, необходимого для лечения кариеса дентина (1 класс по Блэку).

За 1 УЕТ на терапевтическом, хирургическом приеме принят объем работы врача, необходимый для лечения среднего кариеса (1 класс по Блэку), завершенного наложением пломбы из цемента.

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

10. **Базовая ставка финансирования законченного случая стационарной медицинской помощи (медицинской помощи, оказываемой дневными стационарами)** – средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (1 случая лечения) в рамках Территориальной программы ОМС (средняя стоимость одного случая госпитализации (1 случая лечения) с учетом коэффициента дифференциации.

11. **Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»** - средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в расчете на 1 койко-день в рамках Территориальной программы ОМС (средняя стоимость 1 койко-дня) с учетом коэффициента дифференциации.

12. **Коэффициент дифференциации** – коэффициент, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

В связи с тем, что данный коэффициент является единым для всей территории Челябинской области, он учтен при расчете базовой ставки.

13. **Коэффициент относительной затратоемкости** – коэффициент, отражающий затратоемкость КСГ (отношение относительной затратоемкости КСГ к базовой ставке финансирования).

14. **Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной дневными стационарами** – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

15. **Коэффициент подуровня оказания стационарной медицинской помощи** – поправочный коэффициент, учитывающий объективные критерии (разница в используемых энергоносителях, площадь зданий и т.д.) различий в косвенных затратах медицинских организаций в рамках одного уровня.

16. **Коэффициент сложности курации**– поправочный коэффициент, учитывающий расходы:

- по предоставлению спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста- при наличии медицинских показаний;

- при лечении больных в дневных стационарах с хронической почечной недостаточностью с использованием диализа;

- при оказании медицинской помощи в дневных стационарах с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения);

- при оказании стационарной медицинской помощи ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн» пациентам: старше 75 лет; с тяжелой сопутствующей патологией; с осложнениями заболевания/наличием сопутствующих заболеваний; при необходимости развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям;

- при оказании стационарной медицинской помощи по КСГ, соответствующей родоразрешению на профиле коек «Для беременных и рожениц» при условии предшествующего лечения на профиле коек «Патология беременности» более 5 дней (КСГ 1 «Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов», КСГ 2 «Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью», КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения»).

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

Территория обслуживания станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи устанавливается Министерством здравоохранения Челябинской области или органами Управлений здравоохранения муниципальных образований Челябинской области.

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

18. **Подушевой норматив финансирования** **скорой медицинской помощи** – размер финансовых средств (в рублях), предназначенных для оплаты скорой медицинской помощи в расчете на одно обслуживаемое лицо и рассчитанных в пределах сумм финансового обеспечения объемов скорой медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в Челябинской области.

**Статья 3. Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области**

1. Оплате за счет средств ОМС подлежит медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС.

2. Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области (далее именуются – Тарифы на оплату медицинской помощи) на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласно приложениям 1/1, 1/2, 1/3, 1/4 к Тарифному соглашению, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в Челябинской области, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230, с учетом разделов II, IV настоящего Тарифного соглашения.

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

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

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи:

- за посещение;

- за законченный случай - при диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения, примедицинских осмотрах взрослого и детского застрахованного населения;

- за медицинскую стоматологическую услугу (УЕТ).

Учет стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, производится как по посещениям, так и по УЕТ.

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний,

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

- за законченный случай лечения социально-значимого заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека, в специализированном инфекционном отделении Клиники Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ 99 «Гемодиализ» в части обеспечения проезда пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, к месту лечения и обратно;

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

4. Финансовые расчеты за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, в объеме, установленном базовой программой ОМС, производятся ТФОМС Челябинской области на основании пункта 8 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также иных нормативных правовых документов, с учетом положений пунктов 3.10 статьи 2 главы 1 раздела II, пунктом 7 главы 4 раздела II, главы 5 раздела II.

1. **Способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС**

**Челябинской области**

**Глава 1. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях**

Статья 1. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной медицинскими организациями Челябинской области, не участвующими в подушевом финансировании, а также медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в рамках территориальной программы ОМС

**Часть 1. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях**

**в сфере ОМС**

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, указанными в приложении 2/1 к Тарифному соглашению, а так же медицинскими организациями, указанными в приложении 2/2 к Тарифному соглашению по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи осуществляется за посещение к врачу – специалисту в зависимости от места и цели приема, за законченный случай (при проведении диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения, медицинских осмотров, в соответствии с Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 № 1011н, от 21.12.2012 № 1346н, от 03.02.2015 № 36ан, Приказами Минздрава Челябинской области от 26.12.2014 № 1923, от 26.06.2013 № 967, от 04.04.2013 № 475). Оплата медицинской помощи, оказанной Центрами здоровья, осуществляется за посещения (первичный и повторный приемы).

2. Оплате за счет средств ОМС подлежат посещения, учтенные в соответствии с инструкцией по заполнению учетной формы [№ 039/у-02](consultantplus://offline/main?base=MED;n=11370;fld=134;dst=100030) «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому», утвержденной Приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545.

3. Для целей персонифицированного учета на посещения, подлежащие оплате по ОМС, заполняется учетная форма № [025-1/у](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=50735;fld=134;dst=100078) «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 № 834н.

4. При возложении на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации первичной медико-санитарной помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 марта 2012 года № 252н, медицинскими организациями применяется тариф посещения с коэффициентом, равным 0,8.

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

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

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

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

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

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

- «Врач-реабилитолог (врач восстановительной медицины)» - для оплаты посещений взрослого и детского застрахованного населения к врачу-реабилитологу (врачу восстановительной медицины);

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

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

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

- «Дерматолог» (посещения с целью профилактического осмотра) – для оплаты посещений взрослого и детского застрахованного населения к врачу дерматологу с целью проведения профосмотра при самостоятельном обращении пациента в поликлинику;

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

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

- «Онколог (включая консультативный прием)», «Онколог-химиотерапевт»- для оплаты посещений взрослого застрахованного населения с лечебно-диагностической и консультативной целью;

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

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

проведение лазерного хирургического лечения в амбулаторных условиях;

- «Офтальмолог» (круглосуточного травмпункта) - включает в себя оплату посещений взрослого и детского застрахованного населения в экстренном порядке к врачу офтальмологу, работающему в условиях круглосуточного травмпункта;

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

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

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

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

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

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

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

к терапевту медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

к педиатру медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения.

6. Диагностические исследования на ПЭТ/КТ, ОФЭКТ проводятся в соответствии с Приказом Минздрава Челябинской области от 10.11.2014 № 1670 в отделениях радионуклидной диагностикики ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» (далее именуется – отделение радионуклидной диагностики), в Центре позитронно-эмиссионной томографии ГБУЗ «Областной онкологический диспансер № 2» (далее именуется – ПЭТ-центр) по направлению врача поликлинического отделения онкологического диспансера (при наличии показаний) (приложение 3/1 к Тарифному соглашению) при наличии положительного заключения заведующего отделения радионуклидной диагностики, ПЭТ- центра на проведение исследования.

Медицинские организации осуществляют учет расхода лекарственных средств, изделий медицинского назначения, расходных материалов на каждого пациента в книге (журнале) учета, в котором указываются: наименование исследования, дата проведения исследования, Ф.И.О. пациента, номер амбулаторной карты или истории болезни, наименование радиофармпрепарата, объём (мл), активность (МБк), наименование лекарственных средств, используемых для исследования, наименование изделий медицинского назначения, расходных материалов (торговое наименование), единица измерения, израсходовано количество единиц.

7. Оплата медицинских услуг, оказываемых межрайонными отделениями пренатальной диагностики, организованными на базе медицинских организаций, указанных в приложении 2/8 Тарифного соглашения, на амбулаторно-поликлиническом этапе женщинам в период беременности путем применения современных методов ультразвуковой диагностики состояния плода, направленных на раннее выявление у него врожденной и наследственной патологии, на сроках беременности 11-14 недель (I ультразвуковой скрининг) и 18-21 недели (II ультразвуковой скрининг) осуществляется по тарифам стоимости посещения врача акушера-гинеколога (с проведением пренатальной диагностики (I ультразвукового скрининга), врача акушера-гинеколога (с проведением пренатальной диагностики (II ультразвукового скрининга).Оплата медицинских услуг оказываемых межрайонными отделениями пренатальной диагностики при проведении биохимического скрининга в I триместре беременности, организованными на базе медицинских организаций, указанных в приложении 2/9 Тарифного соглашения, на амбулаторно-поликлиническом этапе женщинам в период беременности осуществляется по тарифу стоимости посещения врача акушера-гинеколога (с проведением пренатальной диагностики (биохимической скрининг).

8. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит консультативно-диагностическая медицинская помощь, оказанная в КДЦ, организованных на базе медицинских организаций, указанных в приложении 2/10 к Тарифному соглашению, по направлению профильного специалиста, врача-терапевта (врача-педиатра) (в случае отсутствия профильного специалиста) той медицинской организации, к которой застрахованное лицо прикреплено для оказания первичной медико-санитарной помощи для обслуживания, по форме № 057/у-04, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255.

Оплата консультативно-диагностической медицинской помощи, оказываемой КДЦ, осуществляется по тарифам за посещение врача – специалиста.

9. Медицинские организации, не участвующие в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, а также медицинские организации, участвующие в подушевом финансировании по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют в разрезе страховых медицинских организаций «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой страховой медицинской организацией» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению), «Расчетную ведомость на оплату внешнихмедицинских услуг, проведенных на рентгеновских (шаговых, спиральных и мультиспиральных) компьютерных и магнитно – резонансных томографах» (приложение 1/12 к Тарифному соглашению), и «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению) по каждой СМО, с которой заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Часть 2. Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе инвалидов войн

1. Оплата диспансеризации, проведенной определенным группам взрослого застрахованного населения, в соответствии с Приказами Минздрава РФ от 03.02.2015 № 36ан, Минздрава Челябинской области от 22.12.2014 № 1955, от 26.12.2014 № 1983, иными нормативно-правовыми актами (далее именуется – диспансеризация взрослого застрахованного населения) осуществляется за законченный случай, включающий посещения к врачам - специалистам и объем исследований по направлениям данных врачей - специалистов.

2. Оплата законченного случая диспансеризации взрослого застрахованного населения 1917, 1920, 1923, 1926, 1929, 1932, 1935, 1938, 1941, 1944, 1947, 1950, 1953, 1956, 1959, 1962, 1965, 1968, 1971, 1974, 1977, 1980, 1983, 1986, 1989, 1992, 1995 годов рождения, инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий) (далее именуется – инвалиды войн) осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи законченного случая диспансеризации (I и II этапы) взрослого застрахованного населения Челябинской области.

3.Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в рамках Территориальной программы из средств ОМС 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.

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

4. Второй этап диспансеризации взрослого застрахованного населения считается законченным в случае выполнения осмотров врачами–специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, указанных в пункте 13.2 приложения к Приказу Минздрава РФ от 03.02.2015 № 36ан, необходимость проведения которых определена по результатам I этапа диспансеризации и определения группы здоровья и группы диспансерного наблюдения.

5. Оплату законченных случаев диспансеризации граждан, застрахованных за пределами Челябинской области, осуществляет ТФОМС Челябинской области в соответствии с порядком организации проведения межтерриториальных расчетов, утвержденным приказом ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392».

**Часть 3. Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью**

1. Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Челябинской области, проведенной в соответствии с приказами Минздрава РФ от 15.02.2013 № 72н, от 11.04.2013 № 216н, Министерства здравоохранения Челябинской области от 31.12.2014 № 2015, от 31.12.2014 № 967, иными нормативно правовыми актами (далее именуется – диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации), диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (далее именуется – диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) осуществляется за законченный случай, включающий посещения к врачам - специалистам и объем исследований по направлениям данных врачей - специалистов.

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

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

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

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

6. Медицинские организации, перечень которых утвержден приказом Министерства здравоохранения Челябинской области, на основании данных персонифицированного учета ежемесячно, в разрезе страховых медицинских организаций (далее именуется – СМО), формируют «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению) и «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению).

7. Оплата законченных случаев диспансеризации детей-сирот, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, застрахованных за пределами Челябинской области, осуществляется ТФОМС Челябинской области в соответствии с порядком организации проведения межтерриториальных расчетов, утвержденным приказом ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392.

**Часть 4. Оплата медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения**

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

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

3. Оплата проведенных, в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1346н медицинских осмотров детского застрахованного населения, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи законченного случая медицинских осмотров детского застрахованного населения Челябинской области в поликлинике.

**Часть 5. Оплата лечебно-консультативной медицинской помощи,**

**оказанной выездными специализированными бригадами**

1. Оказание лечебно-консультативной, профилактической медицинской помощи населению Челябинской области осуществляется выездными специализированными бригадами:

- ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», ГБУЗ «Областной перинатальный центр», МБУЗ «Городская больница № 4» Миасского городского округа, МУЗ «Детская городская больница № 3» Магнитогорского городского округа осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава Челябинской области от 31.12.2014 № 2013;

- ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер» - в соответствии с Приказом Минздрава Челябинской области от 20.06.2011 № 789.

Оплата оказанной лечебно-консультативной медицинской помощи осуществляется по установленным тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с приложением 9/4 к Тарифному соглашению.

Оплата профилактической медицинской помощи осуществляется в рамках:

- диспансеризации взрослого населения,

- диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,

- диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей,

- профилактических медицинских осмотров взрослого застрахованного населения, проведенных в соответствии с Приказами Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н, Минздрава Челябинской области от 10.12.2015 № 1883,

- медицинских осмотров детского застрахованного населения, проведенных в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1346н.

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

3. В целях ведения персонифицированного учёта каждый врач-специалист выездной специализированной бригады заполняет форму № [025-1/у](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=50735;fld=134;dst=100078) «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденную приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 № 834н, однократно на одного пациента, которому оказана медицинская помощь.

4. Медицинская помощь (посещения), оказанная врачами-специалистами выездных специализированных бригад, оплачивается по установленным тарифам на оплату лечебно-консультативной медицинской помощи и включается в расчётную ведомость на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в поликлинике, «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению).

**Часть 6. Оплата стоматологической медицинской помощи**

1. Оплата стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению медицинскими организациями, указанными в приложении 2/3 к Тарифному соглашению, осуществляется по тарифам за УЕТ в соответствии с Перечнем основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий для работы стоматологических поликлиник, отделений, кабинетов, функционирующих в сфере ОМС (далее именуется – Перечень) (приложение 4/1 к Тарифному соглашению), сформированным в соответствии с Классификатором основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в УЕТ, утвержденным Приказом ГУЗО от 19.03.2001 № 93.

Тарифы «Врач-ортодонт» (взр.) и «Врач-ортодонт» (дет.) применяются для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной застрахованному населению Челябинской области по специальности «ортодонтия» по перечню показаний и с использованием медицинских технологий в порядке, установленном Минздравом Челябинской области.

2. Объемы стоматологической медицинской помощи учитываются в посещениях и в УЕТ. Учет посещений осуществляется в соответствии с инструкцией по заполнению учетной формы № 039/у-02, утвержденной приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545. Учет УЕТ осуществляется в соответствии с Перечнем.

3. Осуществление расчетов за стоматологическую медицинскую помощь.

3.1.Медицинские организации на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют в разрезе СМО «Расчетную ведомость по оплате стоматологической медицинской помощи застрахованным гражданам» (далее именуется – Расчетная ведомость по оплате стоматологической медицинской помощи) (приложение 1/10 к Тарифному соглашению).

3.2. Расчеты с медицинскими организациями производятся на основании счетов на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО, (приложение 1/1 к Тарифному соглашению) в сроки, установленные договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

3.3. Стоматологическая медицинская помощь, оказанная в кабинетах при стационарах всех типов, в счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО, не включается.

Статья 2. Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования

1. Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в сфере ОМС Челябинской области, оказанной застрахованным гражданам медицинскими организациями, указанными в приложении 2/2 к Тарифному соглашению, осуществляется по Тарифам на основе подушевого норматива финансирования МО – Фондодержателей.

2. Порядок определения тарифов на основе подушевого норматива финансирования МО - Фондодержателей при оплате амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования:

2.1. Тариф на основе подушевого норматива финансирования МО – Фондодержателей включает в себя оплату:

- амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной прикрепленным лицам;

- внешних медицинских услуг.

Тариф на основе подушевого норматива финансирования МО – Фондодержателей не включает в себя оплату:

- медицинской помощи, оказанной определенным группам взрослого застрахованного населения Челябинской области, включая инвалидов войн, в рамках проведения диспансеризации;

- медицинской помощи, оказанной детям-сиротам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в рамках проведения диспансеризации;

- медицинской помощи, оказанной детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в рамках проведения диспансеризации;

- медицинской помощи, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в рамках проведения медицинских осмотров в соответствии с приказами Минздрава РФ от 06.12.2012 № 1011н, от 21.12.2012 № 1346н.

- стоматологической медицинской помощи;

- медицинской помощи, оказываемой Центрами здоровья;

- медицинской помощи, оказанной межрайонными отделениями пренатальной диагностики;

- медицинской помощи, оказанной КДЦ в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 27.10.2015 № 1594).

2.2. Тариф на основе подушевого норматива финансирования k - ой МО – Фондодержателя (), рассчитывается по следующей формуле:

 (1),

где - коэффициент половозрастных затрат k - ой МО-Фондодержателя;

- временный поправочный коэффициент.

2.3. Коэффициент половозрастных затрат k-ой МО-Фондодержателя рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы и численности лиц, прикрепленных к МО – Фондодержателю, в этой группе:

 (2),

где  - относительные коэффициенты дифференциации для i–ого половозрастного интервала;

 – численность лиц, прикрепленных к k-ой МО – Фондодержателю, попадающих в i-ый половозрастной интервал, по состоянию на 1 число месяца, в котором производится перерасчет;

 – численность лиц, прикрепленных к k-ой МО – Фондодержателю, по состоянию на 1 число месяца, в котором производится перерасчет.

2.4. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи, связанные с половозрастной структурой прикрепленных лиц. Величина относительных коэффициентов дифференциации для половозрастных групп () рассчитывается по формуле:

 (3),

где Рi - норматив затрат на одно прикрепленное лицо, попадающее в i–ый половозрастной интервал;

Р - норматив затрат на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на одно прикрепленное лицо (без учета возраста и пола).

Норматив затрат на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на одно прикрепленное лицо (Р) (без учета возраста и пола) определяется по формуле:

 (4),

где З – средства, направленные за январь - сентябрь 2015 года (далее именуется– расчетный период) на оплату:

- амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

 - численность прикрепленных застрахованных лиц по состоянию на 01.10.2015.

Нормативы затрат на одно прикрепленное лицо, попадающее в i–ый половозрастной интервал (Рi) определяются по формуле:

 (5),

где  - средства, направленные за январь - сентябрь 2015 года (далее именуется – расчетный период) на оплату:

- амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;

 - численность прикрепленных застрахованных лиц, по состоянию на 01.10.2015, попадающих в i-ый половозрастной интервал.

3. Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования

3.1. Численность лиц по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным, прикрепленных к k МО-Фондодержателю, застрахованных в j-ой СМО размещается на сайте ТФОМС Челябинской области в течение 2 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

3.2. Расчет объема финансовых средств МО-Фондодержателей производится ежемесячно каждой СМО по формуле:

 =  (6),

где  - расчетный объем финансовых средств k-ой МО-Фондодержателя за отчетный месяц j-ой СМО;

 - численность прикрепленных лиц к k-ой МО-Фондодержателю, застрахованных в j-ой СМО на 1 число месяца, следующего за отчетным и доводится в течение 3 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, до сведения МО-Фондодержателей.

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

* + заявку на авансирование медицинской помощи;
  + реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в соответствии с приложением 1/2 к Тарифному соглашению.
  1. МО на основании данных персонифицированного учета ежемесячно, в разрезе СМО, формируют «Расчетную ведомость на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО по подушевому нормативу финансирования» в соответствии с приложением 1/6 к Тарифному соглашению.

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

1) МО-Фондодержателям:

- суммы средств, рассчитанной по тарифам на основе подушевых нормативов финансирования, с учетом удержания из нее суммы средств на оплату внешних медицинских услуг, оказанных МО – Исполнителями;

2) МО- Исполнителям:

- суммы средств за оказанные внешние медицинские услуги.

3.6. Оплата СМО медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу МО-Исполнителем, производится в соответствии с условиями применения тарифов на оплату медицинской помощи взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в поликлинике, указанными в пункте 5 части 1 статьи 1 главы 1.

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

3.7. Оплата оказанных МО-Исполнителем внешних медицинских услуг осуществляется СМО за счет средств МО - Фондодержателя по тарифам для взаиморасчетов.

3.8. В случае превышения сумм, принятых к оплате СМО, за внешние медицинские услуги, оказанные МО-Исполнителями, над суммой финансирования МО-Фондодержателя по тарифам на основе подушевого норматива финансирования за отчетный период, СМО удерживает с МО-Фондодержателя сумму превышения в следующем отчетном периоде.

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

Оплата оказанной медицинской помощи детям со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители.

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

3.11. Оказание внешних медицинских услуг МО – Исполнителями осуществляется по направлениям МО-Фондодержателей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 20.12.2012 № 1782, а также в случаях обращения застрахованных лиц за экстренной и неотложной медицинской помощью на основании первичной медицинской документации.

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

3.13. СМО и МО в соответствии с Договором ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, проводят сверку расчетов, по результатам которой составляется Акт сверки расчетов по оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО в соответствии с рекомендуемой формой (приложение 1/13 к Тарифному соглашению).

**Глава 2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

Статья 1. Оплата медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров в сфере ОМС Челябинской области

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

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

2. Учет случаев оказания медицинской помощи (посещений) в приемных отделениях круглосуточных стационаров больным без последующей госпитализации осуществляется врачом приемного отделения путем заполнения учетной медицинской документации в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545, а именно: делается соответствующая запись в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у), заполняется форма № 39/у-02.

3. В целях ведения персонифицированного учета однократно заполняется «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» ([форма № 025-1/у](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=50735;fld=134;dst=100078), утвержденная приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 № 834н) на одного пациента, которому оказана медицинская помощь.

4. Объемы медицинской помощи (посещений), оказанной в приемных отделениях круглосуточных стационаров медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, пациентам без последующей госпитализации включаются в расчетную ведомость, в счет на оплату медицинской помощи застрахованным гражданам в поликлинике и оплачиваются по тарифу врача приемного отделения (дежурного).

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

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

5. Медицинские организации на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют в разрезе СМО «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой страховой медицинской организацией» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению), «Расчетную ведомость на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО по подушевому нормативу финансирования» (приложение 1/6 к Тарифному соглашению), «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению), «Счет на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО по подушевому нормативу финансирования» (приложение 1/2 к Тарифному соглашению).

**Статья 2. Оплата стационарной медицинской помощи**

**в сфере ОМС Челябинской области**

1. Оплата стационарной медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам по ОМС медицинскими организациями Челябинской области, указанными в приложении 2/4 к Тарифному соглашению, осуществляется за законченный случай лечения:

– заболевания, включенного в КСГ;

– заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в раздел I «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования» приложения «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи» к Программе государственных гарантий (далее именуется – Раздел I приложения к Программе государственных гарантий);

– социально-значимого заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека (далее именуются – Социально – значимые заболевания), в специализированном инфекционном отделении Клиники Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2. Оплата стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ.

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

2.2. Отнесение конкретного случая лечения заболевания к соответствующей КСГ осуществляется в соответствии с Письмами Минздрава РФ от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454, ФФОМС от 18.12.2014 № 6538/21-3/и:

2.2.1. В случае если при оказании медицинской помощи пациенту была выполнена хирургическая операция и/или применены специальные методы лечения и сложные медицинские технологии отнесение случая лечения к конкретной КСГ (далее именуется - хирургическая КСГ) осуществляется в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг.

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

2.2.2. В случае если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялись хирургические операции и/или не применялись медицинские технологии, являющиеся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ (далее именуется – терапевтическая КСГ) осуществляется в соответствии с диагнозом по МКБ-10.

В случае перевода пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации при условии, что заболевания относятся к одному классу МКБ-10 и/или являются следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания оплата осуществляется по КСГ, имеющей наибольший коэффициент относительной затратоемкости.

В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратоемкость хирургической КСГ, к которой был отнесен данный случай, меньше относительной затратоемкости терапевтической КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, то оплата осуществляется по терапевтической КСГ, за исключением случаев лечения, подлежащих отнесению к КСГ 11 «Искусственное прерывание беременности (аборт)». Кроме того, данный подход не может применяться для следующих комбинаций терапевтических и хирургических КСГ (т.е. при наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ 10 к терапевтической КСГ исключается):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| КСГ, к которой случай мог бы относиться на основании кода диагноза по МКБ 10 | | КСГ, к которой случай должен быть отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре | |
| № КСГ | Наименование КСГ по диагнозу | № КСГ | Наименование КСГ по услуге |
| 7 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 13 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 7 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 14 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| 8 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 13 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 22 | Неинфекционный энтерит и колит | 64 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| 81 | Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника | 195 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1) |
| 81 | Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника | 196 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2) |
| 143 | Болезни глаза | 138 | Операции на органе зрения  (уровень 1) |
| 166 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 245 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 244 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 245 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 200 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов | 37 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) |
| 226 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани | 211 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи  (уровень 1) |

2.2.3. Формирование отдельных групп, имеющих определенные особенности, осуществляется с учетом сочетания диагноза, операции и используемой медицинской технологии.

2.3. Расшифровка терапевтических КСГ в соответствии с кодами диагноза по МКБ -10 и хирургических КСГ в соответствии с номенклатурой услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664н, а также группировка случаев и учет дополнительных критериев (пол, возрастная категория пациента и др.) произведены на основании писем Минздрава РФ от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454, ФФОМС от 18.12.2014 № 6538/21-3/и:

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

2.5. Стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ (Сзсл(ксг)) определяется по формуле:

Сзсл(ксг) = БСксг \* КЗксг \* ПК (7),

где

БСксг – базовая ставка финансирования законченного случая оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (средняя стоимость 1 случая лечения в стационаре) с учетом коэффициента дифференциации. Базовая ставка финансирования законченного случая оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара установлена в размере 16 769,00 рублей;

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости;

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ:

ПК = Кус \* Ккур \* Кпус (8),

где

Кус – коэффициент уровня оказания медицинской помощи;

Ккур – коэффициент сложности курации пациента;

Кпус – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи;

Стоимость законченного случая оказания стационарной медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» (Сзсл(р)) определяется по формуле:

Сзсл(р) = БС(р)к/д \* КЗксг \* ПК \* К(р)к/д (9),

где

БС(р)к/д – базовая ставка финансирования 1 койко-дня оказания стационарной медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» с учетом коэффициента дифференциации. Базовая ставка финансирования 1 койко-дня оказания стационарной медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» установлена в размере 1 565,00 рублей.

2.6. Размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи k-ой медицинской организации (), за исключением медицинской помощи, оказанной по профилю «Медицинская реабилитация», рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре:

 (10),

Размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи k-ой медицинской организации по профилю «Медицинская реабилитация» (), рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре:

 (11),

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

2.8. Оплата стационарной медицинской помощи производится:

2.8.1. В размере 100% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ:

2.8.1.1. по завершению лечения пациента, госпитализированного в соответствии с показаниями к госпитализации, утвержденными нормативно-правовыми актами Челябинской области;

2.8.1.2. при переводе застрахованного лица из отделения стационара:

– в учреждения социального обеспечения;

– в санаторно-курортные учреждения и отделения медицинской реабилитации иных медицинских организаций для проведения курса реабилитации;

2.8.1.3. при летальном исходе, за исключением случаев, указанных в пункте 2.8.2.1 настоящей статьи;

2.8.1.4. с фактической длительностью госпитализации менее 3 дней при условии выполнения хирургической операции, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, а также случаи, относящиеся к КСГ, указанным в таблице, независимо от длительности лечения:

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ |
| 4 | Родоразрешение |
| 5 | Кесарево сечение |
| 8 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов |
| 9 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| 11 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| 13 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 1) |
| 14 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 2) |
| 20 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| 134 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 135 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 138 | Операции на органе зрения (уровень затрат 1) |
| 159 | Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения |
| 177 | Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1) |
| 226 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани |
| 245 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |

Исключения составляют случаи оказания медицинской помощи, указанные в пунктах 2.8.2.2-2.8.2.8 настоящей статьи.

2.8.1.5. КСГ 35 «Химиотерапия при остром лейкозе, дети», 36 «Химиотерапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети», 107 «Химиотерапия при остром лейкозе, взрослые», 108 «Химиотерапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые», 109 «Химиотерапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 1)», 110 «Химиотерапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 2)», 132.1 «Другие болезни уха (замена речевого процессора)».

2.8.1.6. КСГ 50 «Кишечные инфекции, взрослые», КСГ 51 «Кишечные инфекции, дети», КСГ 58 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей» независимо от фактической длительности госпитализации:

- в случае перевода застрахованного лица в другую медицинскую организацию;

- при отказе застрахованного лица от лечения и обследования до завершения запланированного курса;

- при несоблюдении застрахованным лицом лечебно-охранительного режима;

- при прерывании курса лечения и (или) обследования по медицинским показаниям;

- при осуществлении карантинных мероприятий в медицинской организации по эпидемическим показаниям.

2.8.2. В размере40% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ:

2.8.2.1. с фактической длительностью госпитализации менее 3 дней при условии не выполнения хирургической операции, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

2.8.2.2. при отказе застрахованного лица от лечения и обследования до завершения запланированного курса;

2.8.2.3. при несоблюдении застрахованным лицом лечебно-охранительного режима;

2.8.2.4. при прерывании курса лечения и (или) обследования по медицинским показаниям;

2.8.2.5. при осуществлении карантинных мероприятий в медицинской организации по эпидемическим показаниям;

2.8.2.6. при обследовании лиц призывного возраста по направлению военных комиссариатов;

2.8.2.7. при переводе застрахованного лица в дневные стационары, а также при переводе из дневных стационаров, за исключением случаев, обусловленных 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;

2.8.2.8. при переводе застрахованного лица в другую медицинскую организацию в случае отсутствия у нее возможности оказания необходимой пациенту медицинской помощи (в том числе по его желанию).

2.9. Оплата по двум и более КСГ в период одной госпитализации возможна только в случаях:

– перевода пациента с одного профиля коек на другой, обусловленного 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. По каждому указанному случаю проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи;

– перевода пациента с одного профиля коек на профиль «Медицинская реабилитация»;

Расчет стоимости каждого случая оказания медицинской помощи по КСГ осуществляется в соответствии с пунктом 2.5.

2.10. После оказания медицинской организацией высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в Раздел I приложения к Программе государственных гарантий, при наличии показаний пациенту может быть продолжено лечение в той же медицинской организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

2.11. Стоимость случаев оказания медицинской помощи по КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения», 4 «Родоразрешение», 5 «Кесарево сечение» является комплексной и включает расходы на оказание медицинской помощи беременным и роженицам с новорожденными (в том числе с многоплодной беременностью).

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

2.12. Случай родоразрешения на профиле коек «Для беременных и рожениц» при условии предшествующего лечения на профиле коек «Патология беременности» более 5 дней (КСГ 1 «Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов», КСГ 2 «Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью», КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения») оплачивается как один законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» с применением коэффициента сложности курации к КСГ, соответствующей родоразрешению.

Случай родоразрешения на профиле коек «Для беременных и рожениц» при условии предшествующего лечения на профиле коек «Патология беременности» 5 дней и менее (КСГ 1 «Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов», КСГ 2 «Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью», КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения») оплачивается как один законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения», КСГ 4 «Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение» без применения коэффициента сложности курации.

2.13. Случаи оказания медицинской помощи при прерывании беременности кодируются комбинацией кода номенклатуры операций А16.20.037 и A16.20.079 и соответствующего кода МКБ-10 О04.0-О04.9, при этом:

– при длительности пребывания менее 3 дней случай следует относить к КСГ 11 «Искусственное прерывание беременности (аборт)»,

– при длительности пребывания 3 дня и более – к КСГ 9 «Беременность, закончившаяся абортивным исходом».

2.14. Оплата случаев госпитализации пациента в круглосуточный стационар медицинских организаций, на срок не более 3 дней с целью проведения диагностических обследований, указанных в приложении 5/1 к Тарифному соглашению, при болезнях системы кровообращения осуществляется по КСГ 159 «Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения».

Не подлежат включению в реестр счетов сочетание случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу по КСГ 159 «Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения» с другими КСГ, указанными в приложении 8/1 к Тарифному соглашению.

2.15. Случаи оказания медицинской помощи, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование, предъявляются к оплате по законченному случаю лечения по КСГ 181 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой / подтверждением диагноза злокачественного новообразования» с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации.

2.16. Случаи оказания медицинской помощи пациентам с травмами в двух и более анатомических областях (голова – шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ – 10) или один диагноз множественной травмы и травмы в нескольких областях тела плюс как минимум один из нижеследующих диагнозов: J95.1, J95.2, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8 оплачиваются по КСГ 192 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)».

2.17. Оплата медицинской помощи, оказываемой в медицинской организации при лечении больных с почечной недостаточностью с использованием заместительной почечной терапии методами гемодиализа (далее именуется - Гемодиализ) или перитонеального диализа (далее именуется –Перитонеальный диализ), осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ 98 «Почечная недостаточность, диализ». При этом Гемодиализ, Перитонеальный диализ, проводимые в период нахождения пациента с вышеуказанным диагнозом в стационаре, учтен в коэффициенте относительной затратоемкости и дополнительной оплате не подлежит.

Оплата медицинской помощи, оказываемой при лечении больных с почечной недостаточностью без использования Гемодиализа, Перитонеального диализа, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ 97 «Почечная недостаточность, без диализа».

2.18. Проведенный Гемодиализ, Перитонеальный диализ (пациенто-дни) при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской помощи, указанной в пункте 2.18, учитывается в законченном случае лечения заболевания, включенного в КСГ 99 «Гемодиализ», 100 «Перитонеальный диализ» дневных стационаров.

2.19. Случаи оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохлеарной имплантации кодируются комбинацией кода номенклатуры B05.057.008 «Услуги по реабилитации пациента, перенесшего операцию кохлеарной имплантации, включая замену речевого процессора» и кода МКБ -10 Н90.3, и предъявляются к оплате по законченному случаю лечения по КСГ 132.1 «Другие болезни уха (замена речевого процессора)»

3. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи

3.1. За счет средств ОМС оплачивается высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в Раздел I приложения к Программе государственных гарантий при наличии объемов предоставления медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС в Челябинской области.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи в круглосуточном стационаре при госпитализации застрахованного лица в соответствии с клиническими показаниями, требующими госпитального режима, активной терапии и круглосуточного медицинского наблюдения, производится по установленным тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в круглосуточном стационаре (далее именуется - Тариф на оплату высокотехнологичной медицинской помощи). При этом в движении больного могут быть отражены только профили коек, на которых была оказана высокотехнологичная медицинская помощь в соответствии с объемами, утвержденными Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС в Челябинской области на соответствующий год, и койки реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

3.2. Тариф на оплату высокотехнологичной медицинской помощи является фиксированным и учитывает расходы:

– консультаций врачей - специалистов при наличии показаний;

– на проведение лабораторных и инструментальных исследований;

– по оказанию медицинской помощи отделениями реанимации и интенсивной терапии, палатами интенсивной терапии.

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

4. Оплата социально-значимых заболеваний

4.1. Оплата Социально-значимых заболеваний при госпитализации застрахованного лица в соответствии с клиническими показаниями, требующими госпитального режима, активной терапии и круглосуточного медицинского наблюдения в специализированное инфекционное отделение Клиники ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ производится по тарифу на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному населению Челябинской области с Социально-значимыми заболеваниями, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований. При этом в движении больного может быть отражен только профиль коек «Инфекционные», на котором была оказана медицинская помощь в соответствии с объемами, утвержденными Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС в Челябинской области на соответствующий год, и койки реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

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

4.2. Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению Челябинской области с Социально-значимыми заболеваниями, является фиксированным и учитывает расходы:

– консультаций врачей - специалистов при наличии показаний,

– на проведение лабораторных и инструментальных исследований,

– по оказанию медицинской помощи отделениями реанимации и интенсивной терапии, палатами интенсивной терапии. Не учитывает расходы на специфическую противовирусную терапию.

4.3. Оплата социально-значимых заболеваний производится:

4.3.1. В размере 100 % стоимости тарифа:

4.3.1.1. по завершению лечения пациента, госпитализированного в соответствии с показаниями к госпитализации, утвержденными нормативно-правовыми актами Челябинской области;

4.3.1.2. при летальном исходе.

4.3.2. В размере40% стоимости тарифа:

4.3.2.1. при прерывании курса лечения и (или) обследования по медицинским показаниям;

4.3.2.2. отказа застрахованного лица от лечения и обследования до завершения запланированного курса;

4.3.2.3. при несоблюдении застрахованным лицом лечебно-охранительного режима;

4.3.2.4. при осуществлении карантинных мероприятий в медицинской организации по эпидемическим показаниям.

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

5. Осуществление расчетов

Расчеты с медицинскими организациями за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в рамках Территориальной программы ОМС, производятся:

1) на основании сформированных в разрезе СМО расчетных ведомостей на оплату:

- медицинской помощи стационарных подразделений медицинской организации, финансируемой страховой медицинской организацией (приложение 1/7 к Тарифному соглашению),

- высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации, финансируемой страховой медицинской организацией (приложение 1/8 к Тарифному соглашению),

- медицинской помощи, оказанной застрахованному населению Челябинской области с Социально-значимыми заболеваниями стационарными подразделениями медицинской организации, финансируемой страховой медицинской организацией (приложение 1/9 к Тарифному соглашению);

- внешних медицинских услуг, проведенных на рентгеновских (шаговых, спиральных и мультиспиральных) компьютерных и магнитно – резонансных томографах застрахованным гражданам (приложение 1/12 к Тарифному соглашению);

2) на основании выставленных счетов на оплату медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации, финансируемой СМО (приложение 1/3 к Тарифному соглашению), в сроки согласно договорам на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

**Глава 3. Оплата медицинской помощи, оказанной дневными стационарами в сфере ОМС Челябинской области**

1. Оплата медицинской помощи, оказанной дневными стационарами медицинских организаций Челябинской области, указанных в приложении 2/5 к Тарифному соглашению, производится за законченный случай лечения заболевания, включенный в соответствующую КСГ.
2. Отнесение конкретного случая лечения заболевания к соответствующей КСГ осуществляется в соответствии с Письмами Минздрава РФ от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454, ФФОМС от 18.12.2014 №6538/21-3/и:
   1. В случае если при оказании медицинской помощи пациенту была выполнена хирургическая операция и/или применены специальные методы лечения и сложные медицинские технологии отнесение случая лечения к конкретной КСГ (далее именуется - хирургическая КСГ) осуществляется в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг.

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

* 1. В случае если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялись хирургические операции и/или не применялись медицинские технологии, являющиеся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ (далее именуется – терапевтическая КСГ) осуществляется в соответствии с диагнозом по МКБ-10.

В случае перевода пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации при условии, что заболевания относятся к одному классу МКБ-10 и/или являются следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания оплата осуществляется по КСГ, имеющей наибольший коэффициент относительной затратоемкости.

В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратоемкость хирургической КСГ, к которой был отнесен данный случай, меньше относительной затратоемкости терапевтической КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, то оплата осуществляется по терапевтической КСГ, за исключением случаев лечения, подлежащих отнесению к КСГ 11 «Искусственное прерывание беременности (аборт)». Кроме того, данный подход не может применяться для следующих комбинаций терапевтических и хирургических КСГ (то есть при наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ 10 к терапевтической КСГ исключается)):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| КСГ, к которой случай мог бы относиться на основании кода диагноза по МКБ 10 | | КСГ, к которой случай должен быть отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре | |
| № КСГ | Наименование КСГ по диагнозу | № КСГ | Наименование КСГ по услуге |
| 7 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 13 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 8 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 13 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 22 | Неинфекционный энтерит и колит | 64 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| 143 | Болезни глаза | 138 | Операции на органе зрения  (уровень 1) |
| 226 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани | 211 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи  (уровень 1) |

* 1. Формирование отдельных групп, имеющих определенные особенности, осуществляется с учетом сочетания диагноза, операции и используемой медицинской технологии.

3. Расшифровка терапевтических КСГ в соответствии с кодами диагноза по МКБ-10 и хирургических КСГ в соответствии с номенклатурой услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664н, а также группировка случаев и учет дополнительных критериев (пол, возрастная категория пациента и др.) произведены на основании писем Минздрава РФ от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454, ФФОМС от 18.12.2014 № 6538/21-3/и:

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

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

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

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

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

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

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

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

Исключения составляют случаи оказания медицинской помощи, относящиеся к КСГ 99 «Гемодиализ», 100 «Перитонеальный диализ», где длительность лечения включает только дни проведения процедуры заместительной почечной терапии методом диализа. При этом один законченный случай оказания медицинской помощи с использованием диализа включает в себя фактическое количество пациенто – дней за отчетный период, когда проводились процедуры заместительной почечной терапии методом гемодиализа, перитонеального диализа.

7. Стоимость законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ (Сзсл(дс)) определяется по формуле:

Сзсл(дс) = БСксг(дс)\* КЗксг\* ПК (12),

где

БСксг(дс) – базовая ставка финансирования законченного случая оказания медицинской помощи в дневном стационаре (средняя стоимость 1 случая лечения в дневном стационаре) с учетом коэффициента дифференциации. Базовая ставка финансирования законченного случая оказания медицинской помощи в дневном стационаре установлена в размере 5 750,11 рублей.

Исключения составляют случаи оказания медицинской помощи, относящиеся к:

- КСГ 99 «Гемодиализ», где стоимость законченного случая оказания медицинской помощи определяется по формуле:

Сзсл(дс) = БСксг(д/с)\* КЗксг\* Ккур \*Кп/д + (13),

где Кп/д – фактическое количество пациенто-дней оказания медицинской помощи методом диализа;

- дополнительный тариф на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, рассчитанный для k-ой медицинской организации;

(14),

- сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2016 год, установленная для k-той медицинской организации;

- фактическая сумма средств, направленных на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, k-той медицинской организации;

- количество законченных случаев оказания медицинской помощи в дневных стационарах по КСГ 99 «Гемодиализ», установленное Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области на 2016 год;

- фактическое количество законченных случаев оказания медицинской помощи в дневных стационарах по КСГ 99 «Гемодиализ»;

- КСГ 100 «Перитонеальный диализ», где стоимость законченного случая оказания медицинской помощи определяется по формуле:

Сзсл(дс) = БСксг(д/с)\* КЗксг\* Ккур \*Кп/д (15),

где

Кп/д – фактическое количество пациенто-дней оказания медицинской помощи методом диализа.

8. Размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах k медицинской организации (ФОk(дс)) рассчитывается как сумма стоимости всех случаев:

 (16)

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

9.1. В размере 100% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ:

9.1.1. по завершению лечения пациента, госпитализированного в соответствии с показаниями к госпитализации, утвержденными нормативно-правовыми актами Челябинской области.

| 9.1.2. с фактической длительностью госпитализации менее 3 дней при условии выполнения хирургической операции, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, а также случаи, относящиеся к КСГ, указанным в таблице, независимо от длительности лечения:№ КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| 8 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов |
| 11 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| 13 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 1) |
| 134 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 138 | Операции на органе зрения (уровень затрат 1) |
| 226 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани |

Исключения составляют случаи оказания медицинской помощи, указанные в пунктах 9.2.2 – 9.2.7 настоящей главы.

9.1.3. КСГ 12 «Экстракорпоральное оплодотворение», 99 «Гемодиализ», 100 «Перитонеальный диализ», 108 «Химиотерапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые», 109 «Химиотерапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 1)», 110 «Химиотерапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 2)».

9.2. В размере40% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ:

9.2.1. с фактической длительностью госпитализации менее 3 дней при условии не выполнения хирургической операции, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

9.2.2. при прерывании курса лечения и (или) обследования в условиях дневного стационара по медицинским показаниям;

9.2.3. при отказе застрахованного лица от лечения и обследования до завершения запланированного курса;

9.2.4. при несоблюдении застрахованным лицом лечебно-охранительного режима;

9.2.5. при осуществлении карантинных мероприятий в медицинской организации по эпидемическим показаниям;

9.2.6. при переводе застрахованного лица в условия круглосуточного стационара, за исключением случаев, обусловленных 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;

9.2.7. при переводе застрахованного лица в другую медицинскую организацию в случае отсутствия у нее возможности оказания необходимой пациенту медицинской помощи (в том числе по его желанию).

10. Оплата по двум и более КСГ в период одной госпитализации возможна только в случаях:

– перевода пациента с одного профиля коек на другой, обусловленного 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. По каждому указанному случаю проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

– перевода пациента с одного профиля коек на профиль «Медицинская реабилитация»;

Расчет стоимости каждого случая оказания медицинской помощи по КСГ осуществляется в соответствии с пунктом 7.

11. Оплата медицинской помощи с использованием Гемодиализа и Перитонеального диализа.

11.1. Оплата Гемодиализа и Перитонеального диализа, проводимого в дневных стационарах медицинских организаций, указанных в приложении 2/6 к Тарифному соглашению, при лечении больных с хронической почечной недостаточностью производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ 99 «Гемодиализ», 100 «Перитонеальный диализ».

11.2. В случае необходимости проведения пациенту Гемодиализа и Перитонеального диализа при условии его нахождения в условиях круглосуточного стационара (дневных стационарах) по поводу заболеваний, относящихся к КСГ в соответствии с приложениями 8/1, 8/2 к Тарифному соглашению, за исключением КСГ 97 «Почечная недостаточность, без диализа», 98 «Почечная недостаточность, диализ», Гемодиализ и Перитонеальный диализ предъявляется к оплате за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ 99 «Гемодиализ», 100 «Перитонеальный диализ» дневных стационаров одновременно с предъявлением к оплате случая лечения заболевания в условиях круглосуточного стационара (дневных стационарах).

11.3. Гемодиализ и Перитонеальный диализ в течение всего периода нахождения пациента в условиях круглосуточного стационара, дневных стационаров при оказании медицинской помощи по поводу заболеваний, относящихся к КСГ 98 «Почечная недостаточность, диализ», учтен в коэффициенте относительной затратоемкости и дополнительной оплате не подлежит. При этом оплата Гемодиализа и Перитонеального диализа в период, включающий в себя время: до даты поступления и после даты выбытия, подлежит оплате за законченный случай лечения заболевания по КСГ 99 «Гемодиализ», 100 «Перитонеальный диализ» дневных стационаров по количеству пациенто-дней, входящих в указанный период, в соответствии с пунктом 7.

Законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ 99 «Гемодиализ», 100 «Перитонеальный диализ» не включает в себя расходы на проезд пациентов до места оказания медицинских услуг.

11.4. В случае отсутствия необходимости в проведении Гемодиализа и Перитонеального диализа оказание медицинской помощи пациенту по поводу заболеваний, относящихся к заболеваниям, связанным с почечной недостаточностью, предъявляется к оплате по КСГ 97 «Почечная недостаточность, без диализа».

11.5. Порядок направления пациентов, нуждающихся в Гемодиализе и Перитонеальном диализе, на лечение в отделение (центр) гемодиализа определяется органами исполнительной власти Челябинской области и органами Управления здравоохранения муниципальных образований в пределах их компетенции.

11.6. В целях ведения персонифицированного учета оказанной медицинской помощи медицинская организация заполняет на каждого пациента следующие учетные формы:

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

- карту ведения гемодиализа (вкладыш к истории болезни) (приложение 6/1 к Тарифному соглашению);

- диализный журнал пациента для перитонеального диализа (вкладыш в амбулаторную карту пациента) (приложение 6/2 к Тарифному соглашению).

12. Случаи оказания медицинской помощи при прерывании беременности кодируются комбинацией кода номенклатуры операций А16.20.037 и А16.20.079 и соответствующего кода МКБ -10 О04.0 – О04.9 и относятся к КСГ 11 «Искусственное прерывание беременности (аборт)», при этом длительность пребывания должна быть менее 3 дней.

13. Оплата медицинской помощи, оказанной с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) в соответствии с приказами Минздрава Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», Министерства здравоохранения Челябинской области от 02.04.2013 № 456 «Об отборе и направлении пациентов в медицинские организации для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения», производится по КСГ 12 «Экстракорпоральное оплодотворение».

14. Случаи оказания медицинской помощи, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование, предъявляются к оплате по законченному случаю лечения по КСГ 181 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой / подтверждением диагноза злокачественного новообразования» с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации.

15. Случаи оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в хирургической операции по коду номенклатуры А16.26.093 «Факоэмульсификация, факофрагментация, факоаспирация» предъявляются к оплате по законченному случаю лечения по КСГ 141.1 «Операции на органе зрения (уровень 4) (Факоэмульсификация, факофрагментация, факоаспирация)». Случаи оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в иных хирургических операциях, соответствующих КСГ 141 «Операции на органе зрения (уровень 4)», предъявляются к оплате по законченному случаю лечения по КСГ 141.2 «Операции на органе зрения (уровень 4) (за исключением «Факоэмульсификация, факофрагментация, факоаспирация).

16. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии.

16.1. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в соответствии с клиническими показаниями, производится по дополнительному тарифу на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, оказанной застрахованному населению Челябинской области, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, в соответствии с установленными медицинским организациям суммами финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2016 год (приложение 17/1 к Тарифному соглашению).

16.2. Дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, на 2016 год для медицинских организаций являются фиксированными и применяются дополнительно при оплате законченного случая оказания медицинской помощи, относящейся к КСГ 99 «Гемодиализ».

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

16.3. Медицинские организации на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют в разрезе СМО: «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи по амбулаторно-поликлиническим подразделениям медицинской организации, финансируемой страховой медицинской организацией» (приложение 1/5 к Тарифному соглашению), «Расчетную ведомость на оплату медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации, финансируемой страховой медицинской организацией» (приложение 1/7 к Тарифному соглашению), «Счет на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/1 к Тарифному соглашению), «Счет на оплату медицинской помощи, оказанной стационарными подразделениями медицинской организации, финансируемой СМО» (приложение 1/3 к Тарифному соглашению) по каждой СМО, с которой заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

**Глава 4. Оплата скорой медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования в сфере ОМС Челябинской области**

1. Оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), оказываемой застрахованным гражданам по ОМС медицинскими организациями, указанными в приложении 2/7 к Тарифному соглашению, осуществляется по тарифам на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на обслуживаемое застрахованное население.

2. Тариф на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи *(Нср)* установлен в размере 44,32 рублей в месяц в соответствии с подушевым нормативом финансирования территориальной программы ОМС на одно застрахованное лицо.

3. Тариф на основе подушевого норматива финансирования j-ой станции (подстанции) скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи (), рассчитывается ежегодно, а также в случае изменения суммы средств, направляемых на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, по следующей формуле:

 (17),

где - коэффициент половозрастных затрат j-ой станции (подстанции) скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи;

4. Коэффициент половозрастных затрат станции (подстанции) скорой медицинской помощи () установлен в размере 1,0.

Коэффициент половозрастных затрат j-ой станции (подстанции) скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы и численности лиц, застрахованных на территории обслуживания станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи, в этой группе:

 (18),

где ****- относительные коэффициенты дифференциации для i-ого половозрастного интервала;

– численность застрахованного населения на территории обслуживания j-ой станции (подстанции) скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи, попадающих в i-ый половозрастной интервал, по состоянию на 1 число месяца, в котором производится перерасчет;

 – численность застрахованного населения на территории обслуживания j-ой станции (подстанции) скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи, по состоянию на 1 число месяца, в котором производится перерасчет.

5. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи, связанные с половозрастной структурой застрахованных лиц. Величина относительных коэффициентов дифференциации для половозрастных групп () рассчитывается по формуле:

 (19),

где Рi - норматив затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в i–ый половозрастной интервал;

Р - норматив затрат на оплату скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо (без учета возраста и пола).

Норматив затрат на оплату скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо (Р) (без учета возраста и пола) определяется по формуле:

 (20),

где З – средства, направленные за январь - сентябрь 2015 года (далее именуется– расчетный период) на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

 - численность застрахованного населения по состоянию на 01.10.2015.

Нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в i-ый половозрастной интервал (Рi) определяется по формуле:

 (21),

где  - средства, направленные за январь - сентябрь 2015 года (далее именуется – расчетный период) на оплату:

- скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;

 - численность застрахованных лиц, по состоянию на 01.10.2015, попадающих в i-ый половозрастной интервал.

6. Расчет финансовых средств j-ой станции (подстанции) скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи (Vj) производится ежемесячно СМО по формуле :

 (22),

где

– численность населения на территории обслуживания j-ой станции (подстанции) скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи по i-ой СМО, по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным.

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

7. Расчеты за скорую медицинскую помощь, оказываемую застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, осуществляется по тарифам за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому населению, застрахованному на территории других субъектов.

8. Финансовое обеспечение станций (подстанций) скорой медицинской помощи и отделений скорой медицинской помощи включает в себя, в том числе стоимость скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, проживающим вне территории обслуживания станции (подстанции, отделений) скорой медицинской помощи по Челябинской области, за исключением скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, указанным в пункте 7.

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

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

1. При наличии медицинских показаний и отсутствии возможности проведения КТ, МРТ в амбулаторных, стационарных условиях, условиях дневных стационаров медицинская организация направляет пациента в другую медицинскую организацию на основании «Направление на исследования, проводимые на рентгеновском (шаговом, спиральном и мультиспиральном) компьютерном и магнитно-резонансном томографах» (приложение 3/2 к Тарифному соглашению).

2. Взаиморасчеты за КТ, МРТ осуществляются через СМО путем ежемесячного перечисления:

1) МО- Исполнителям:

- суммы средств за оказанные внешние медицинские услуги (КТ, МРТ).

2) Медицинским организациям, направившим на внешние медицинские услуги (КТ, МРТ):

- суммы средств, рассчитанной по: тарифам на оплату медицинской помощи, тарифам на основе подушевого норматива финансирования МО-Фондодержателей, с учетом удержания из нее суммы средств на оплату внешних медицинских услуг (КТ, МРТ), оказанных МО – Исполнителями;

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

Оплата оказанных внешних медицинских услуг (КТ, МРТ) по направлению из поликлиники застрахованным за пределами Челябинской области, осуществляется в соответствии с порядком организации проведения межтерриториальных расчетов в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области, утвержденным приказом Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования от 03.06.2011 № 392 «Об утверждении Порядка организации проведения межтерриториальных расчетов».

При оказании стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в условиях дневных стационаров застрахованным за пределами Челябинской области и отсутствии возможности у медицинской организации выполнения КТ, МРТ, медицинская организация направляет в другую медицинскую организацию и производит оплату за оказанные медицинские услуги на основании заключенных между медицинскими организациями договоров.

4. При проведении исследований детям младшего возраста (до 7 лет включительно) применяются тарифы, установленные для детского застрахованного населения. При проведении исследований детям, начиная с восьмилетнего возраста, применяются тарифы, установленные для взрослого застрахованного населения.

При проведении исследований тяжелым больным, требующим анестезиологического сопровождения, применяются тарифы соответствующих видов исследования «с анестезиологическим сопровождением».

5. МО-Исполнители на основании данных персонифицированного учета ежемесячно формируют «Расчетную ведомость по оплате внешних медицинских услуг, проведенных на рентгеновском (шаговом, спиральном и мультиспиральном) компьютерном и магнитно-резонансном томографах застрахованным гражданам» (приложение 1/12 к Тарифному соглашению).

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

7. СМО и МО в соответствии с Договором ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, проводят сверку расчетов, по результатам которой составляется Акт сверки расчетов по оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, финансируемой СМО в соответствии с рекомендуемой формой (приложение 1/13 к Тарифному соглашению)».

**III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

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

2. Тарифы на оплату медицинской помощи применяются медицинскими организациями в соответствии с распределением по уровням оказания медицинской помощи. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации Территориальной программы ОМС, являющейся составной частью Территориальной программы, предусмотрено формирование трехуровневой системы организации медицинской помощи гражданам:

- первый уровень – оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи);

- второй уровень – оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

- третий уровень – оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях.

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

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

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

- заработная плата (включая расходы на финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

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

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

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

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

- начисления на оплату труда,

- прочие выплаты,

- приобретение лекарственных средств, расходных материалов,

- приобретение продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов,

- расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации),

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

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

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

Средства ОМС расходуются медицинскими организациями в соответствии с рекомендуемой Структурой финансовых затрат на единицу объема по видам медицинской помощи (приложение 7/1 к Тарифному соглашению).

**Глава 1. Размер тарифов на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установлен в размере 3 134,47 руб.

Статья 1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Челябинской области, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, а также медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

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

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

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

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

5. Тарифы на оплату медицинской помощи законченного случая диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения в поликлинике (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) для медицинских организаций Челябинской области, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, а также для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи установлены приложением 10/1 к Тарифному соглашению.

6. Тарифы на оплату медицинской помощи законченного случая медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения в поликлинике (с учетом лабораторных и инструментальных исследований) для медицинских организаций Челябинской области, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, а также для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи установлены приложением 10/2 к Тарифному соглашению.

7. Тарифы на оплату стоматологических услуг (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанных по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению установлены приложением 11/1 к Тарифному соглашению.

8. Тарифы на оплату консультативно-диагностической медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной по ОМС взрослому и детскому населению в консультативно-диагностических центрах Челябинской области, установлены приложением 10/3 к Тарифному соглашению.

Статья 2. Тарифы на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в сфере ОМС Челябинской области

1. Относительные коэффициенты дифференциации для половозрастных групп установлены приложением 12/1 к Тарифному соглашению.
2. Коэффициенты половозрастных затрат установлены приложением 12/2 к Тарифному соглашению.
3. Временные поправочные коэффициенты установлены приложением 12/3 к Тарифному соглашению для медицинских организаций:

- не имеющих в своем составе профильных коек в круглосуточном стационаре за счет средств ОМС – 1,1;

- поликлиник в составе больниц – 1,0;

- медицинских организаций, подведомственных ФМБА, учитывая особенность районного коэффициента для закрытых территорий – 1,15;

- детских больниц, детских поликлиник – 1,3;

- центральных районных больниц при наличии фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов):

- от 10 до 30 - коэффициент в размере 1,1;

- более 30 - коэффициент в размере 1,15;

– имеющих в своем составе КДЦ, организованные на базе ГБУЗ «Областная клиническая больница № 4», МБУЗ «Городская больница № 4» г.Миасса, АНО «Центральная медико-санитарная часть» г.Магнитогорска, коэффициент учитывает затраты на проведение лабораторных исследований, оказанных в КДЦ, и установлен в размере – 1,3.

1. Тариф на основе среднедушевого норматива финансирования МО Фондодержателей установлен в размере 212,40 рублей.
2. Тарифы на основе подушевого норматива финансирования МО-Фондодержателей установлены приложением 13/1 к Тарифному соглашению.
3. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению, в поликлинике установлены приложением 14/1 к Тарифному соглашению
4. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (на 1 посещение), оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению, на дому установлены приложением 14/2 к Тарифному соглашению.
5. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (на 1 посещение), оказанной по ОМС детскому застрахованному населению, в поликлинике установлены приложением 14/3 к Тарифному соглашению
6. Тарифы на оплату внешней медицинской помощи (на 1 посещение), оказанной по ОМС детскому застрахованному населению, на дому установлены приложением 14/4 к Тарифному соглашению

10. Тарифы на оплату внешних медицинских услуг, оказываемых на рентгеновских (шаговых, спиральных и мультиспиральных) компьютерных и магнитно-резонансных томографах взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области, а также на территории других субъектов РФ, установлены приложением 14/5 к Тарифному соглашению

**Глава 2. Размер тарифов на оплату стационарной медицинской помощи**

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, без учета высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой по профилю «Медицинская реабилитация», установлен в размере 3 725,88 руб.

Средний размер финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установлен в размере 252,97 руб.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой по профилю «Медицинская реабилитация», установлен в размере 62,24 руб.

Средний размер дополнительного финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях застрахованному населению Челябинской области с социально-значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита в специализированном инфекционном отделении Клиники ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, установлен в размере 7,90 руб.

2. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости установлены приложением 8/1 к Тарифному соглашению. 3. Базовая ставка финансирования законченного случая оказания стационарной медицинской помощи с учетом коэффициента дифференциации составляет 16 769,00 руб. 4. Базовая ставка финансирования 1 койко-дня оказания стационарной медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» составляет 1 565,00 руб. 5. Средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ установлен в размере1,295.

6. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой пролечен пациент, установлены в размере:

- 1 уровень - 1;

- 2 уровень – 1,1;

- 3 уровень – 1,3. 7. Коэффициенты подуровня для медицинских организаций 3 уровня оказания стационарной медицинской помощи установлены в размере:

- 1 подуровень – 0,9;

- 2 подуровень – 1,0;

- 3 подуровень – 1,15.

8. Коэффициент сложности курации для медицинских организаций установлен в размере 1,029 - по предоставлению спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний.

Коэффициент сложности курации для медицинских организаций установлен в размере 1,5 - при оказании стационарной медицинской помощи по КСГ, соответствующей родоразрешению на профиле коек «Для беременных и рожениц», при условии предшествующего лечения на профиле коек «Патология беременности» более 5 дней (КСГ 1 «Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов», КСГ 2 «Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью», КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения»).

ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн» коэффициент сложности курации установлен в размере 1,8 - при оказании стационарной медицинской помощи пациентам: старше 75 лет; с тяжелой сопутствующей патологией; с осложнениями заболевания/наличием сопутствующих заболеваний; при необходимости развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям.

1. Коэффициент дифференциации установлен в размере 1,105.
2. Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению Челябинской области с социально-значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, в круглосуточном стационаре «Инфекционные (ВИЧ)» установлен в размере 57 377,05 руб.
3. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому, застрахованному населению Челябинской области в круглосуточном стационаре установлены приложением 15/1 к Тарифному соглашению.
4. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 40% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных статьей 2 главы 2 раздела II.

**Глава 3. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной дневными стационарами**

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС дневными стационарами, установлен в размере 695,67 руб.

Средний размер дополнительного финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой дневными стационарами в части оплаты проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установлен в размере 28,68 руб.

1. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости установлены приложением 8/2 к Тарифному соглашению.
2. Базовая ставка финансирования законченного случая медицинской помощи, оказываемой дневными стационарами, составляет 5 750,11 руб.
3. Средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ установлен в размере 1,022.Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой пролечен пациент, установлены в размере:

- 1 уровень - 1;

- 2 уровень – 1,1;

- 3 уровень – 1,3.

Коэффициенты подуровня для медицинских организаций 3 уровня оказания стационарной медицинской помощи установлены в размере 1.

1. Коэффициент дифференциации установлен в размере 1,105.
2. Коэффициент сложности курации для случаев оказания медицинской помощи, относящихся к:

КСГ 12 «Экстракорпоральное оплодотворение», 100 «Перитонеальный диализ» установлен в размере 2,125;

КСГ 99 «Гемодиализ» установлен в размере 2,890.

В иных случаях – 1,0.

1. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 40% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных в главе 3 раздела II.
2. Дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, на 2015 год установлены приложением 17/2 к Тарифному соглашению.

**Глава 4. Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи**

1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи установлен в размере 531,85 руб.

2.Тарифы на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи установлены приложением 16/1 к Тарифному соглашению.

3. Тариф за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому населению, застрахованному на территории других субъектов, установлен в размере 1 772,85 руб.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| КОД ДЕФЕКТА | ПЕРЕЧЕНЬ НАРУШЕНИЙ | СУММА  НЕ ПОДЛЕЖАЩАЯ ОПЛАТЕ | РАЗМЕР  ШТРАФА |
| Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц | | | |
| 1.1. | Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: | | |
| 1.1.1. | на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС; |  | 30 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 1.1.2. | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; |  | 30 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 1.1.3. | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке. |  | 30 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе: | | | |
| 1.2.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 1.2.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; |  | 300 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 1.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС, в том числе: | | | |
| 1.3.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; |  | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 1.3.2. | Повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке). |  | 300 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 1.5. | Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. | 50 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи; | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения | | | |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет. |  | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.2.Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации: | | | |
| 2.2.1. | о режиме работы медицинской организации; |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.2.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.2.4. | о показателях доступности и качества медицинской помощи; |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.2.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно; |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.2.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен. |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях |  | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.4. Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: | | | |
| 2.4.1. | о режиме работы медицинской организации; |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.4.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.4.4. | о показателях доступности и качества медицинской помощи; |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.4.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно; |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 2.4.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен. |  | 50 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи | | | |
| 3.1. | Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц). | 10 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской  помощи | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
|  |  |
| 3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи: | | | |
| 3.2.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | 10 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.2. | приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях); | 30 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи, |  |
| 3.2.3. | приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | 40 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.2.4. | приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | 90 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 3.2.5. | приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи | 300 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания меицинской помощи мероприятий: | | | |
| 3.3.1 | приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица; |  |  |
| 3.3.2. | приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск  прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | 40 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.4. | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения). | 50 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.5. | Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения). | 50 процентов от стоимости лечения за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи |  |
| 3.6. | Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. | 80 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара. | 70 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи | 30 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная  госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. | 60 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.9. | Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи (утратил силу). |  |  |
| 3.10. | Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях | 100 процентов стоимости каждого случая лечения, предъявленного к оплате повторно |  |
| 3.11. | Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания). | 90 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 3.12. | Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств -синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения. | 30 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 3.13. | Невыполнение по вине медицинской организации  обязательного патологоанатомического  вскрытия в соответствии с действующим законодательством. | 30 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи | 30 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| 3.14. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории. | 90 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации | | | |
| 4.1. | Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин. | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.2. | Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи). | 10 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.3. | Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | 10 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.4. | Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания). | 90 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.5. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.) | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 4.6. | Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи – в случае включения в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией; | 100 процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо в год |
| Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов. | | | |
| 5.1. Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: | | | |
| 5.1.1. | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.3. | наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению; | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации: | | | |
| 5.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.2. | введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.); | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ; | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.2.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ. | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.3.Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС: | | | |
| 5.3.1. | Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС; | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.3.2. | Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.3.3. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования). | 100 процентов от стоимости лечения за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.4. Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь: | | | |
| 5.4.1. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении; | 100 процентов от предъявленной стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.4.2. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. | 100 процентов от предъявленной стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.5. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности: | | | |
| 5.5.1. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | 100 процентов от стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.5.2. | Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации; | 100 процентов от стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.5.3. | Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов). | 100 процентов от стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.6. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. | 100 процентов от стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи: | | | |
| 5.7.1. | Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | 100 процентов от стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.2. | Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | 100 процентов от предъявленной за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.3. | Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; | 100 процентов от стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.4. | Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС. | 100 процентов от стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.5. | Включения в реестр счетов медицинской помощи: амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях). | 100 процентов от предъявленной стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |  |
| 5.7.6. | Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения. | 100 процентов от стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный необоснованно (пересечение сроков лечения) |  |

**V. Заключительные положения**

**Глава 1. Порядок внесения изменений в Тарифное соглашение**

1. Все изменения, вносимые в Тарифное соглашение, тарифы на оплату медицинской помощи, оформляются Дополнительным соглашением к Тарифному соглашению и являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

2. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи может производиться как в сторону их увеличения, так и в сторону уменьшения, в соответствии с изменением доходной части бюджета ТФОМС Челябинской области.

**Глава 2. Прочие условия Тарифного соглашения**

1. В соответствии с Правилами ОМС оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями производится СМО, за исключением медицинской помощи, указанной в пункте 2 данной главы.

2. Медицинская помощь гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, на территории Челябинской области оказывается в объеме базовой программы ОМС и оплачивается ТФОМС Челябинской области на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

3. Порядок и сроки перечисления финансовых средств ОМС за оказанную медицинскую помощь устанавливаются договорами между СМОи медицинскими организациями.

4. Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Тарифное соглашение.

5. В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

**Глава 3. Срок действия Тарифного соглашения**

1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с даты его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.01.2016.

2. Со дня вступления в силу настоящего Тарифного соглашения, с 01.01.2016 утрачивают силу Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 27.01.2015 № 14-ОМС (далее именуется - Тарифное соглашение от 27.01.2015 № 14-ОМС), Дополнительное соглашение от 26.02.2015 № 1/14-ОМС к Тарифному соглашению от 27.01.2015 № 14-ОМС, Дополнительное соглашение от 29.04.2015 № 2/14-ОМС к Тарифному соглашению от 27.01.2015 № 14-ОМС, Дополнительное соглашение от 06.07.2015 № 3/14-ОМС к Тарифному соглашению от 27.01.2015 № 14-ОМС, Дополнительное соглашение от 31.07.2015 № 4/14-ОМС к Тарифному соглашению от 27.01.2015 № 14-ОМС, Дополнительное соглашение от 09.09.2015 № 5/14-ОМС к Тарифному соглашению от 27.01.2015 № 14-ОМС, Дополнительное соглашение от 28.10.2015 № 6/14-ОМС к Тарифному соглашению от 27.01.2015 № 14-ОМС, Дополнительное соглашение от 19.11.2015 № 7/14-ОМС к Тарифному соглашению от 27.01.2015 № 14-ОМС, Дополнительное соглашение от 28.12.2015 № 8/14-ОМС к Тарифному соглашению от 27.01.2015 № 14-ОМС.