

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

30 декабря 2019 г.

Департамент здравоохранения администрации Владимирской области в лице директора А.С.Мозалёва, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Владимирской области в лице первого заместителя директора О.Ю. Серковой, Владимирская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя С.Г. Солохиной, страховые медицинские организации, функционирующие в сфере ОМС Владимирской области, в лице директора филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» во Владимирской области Т.Ю. Анниной, Региональная общественная организация «Врачебная палата Владимирской области» в лице члена общественной организации Т.А. Беловой, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее тарифное соглашение о нижеследующем:

I. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования", постановлением Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», постановлением администрации Владимирской области от 24.12.2019 № 922 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», приказом ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», приказом ФФОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и иными нормативными правовыми актами.

1.2. Предметом тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением администрации Владимирской области от 24.12.2019 № 922, в части территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС).

1.3. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС, их размер и структуру, способы оплаты медицинской помощи, порядок применения тарифов в

медицинских организациях, размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.4 Тарифы по ОМС применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Владимирской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

1.5. Действие тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Владимирской области.

1.6. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории Владимирской области в рамках территориальной программы ОМС, осуществляется страховыми медицинскими организациями, включенными в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и заключившими договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС Владимирской области, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

1.7. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Владимирской области, лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется ТФОМС Владимирской области в соответствии с действующим законодательством.

1.8. Для целей настоящего тарифного соглашения используются следующие основные понятия:

территориальная программа обязательного медицинского страхования (территориальная программа ОМС) – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования;

тарифы на оплату медицинской помощи – денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС как составной части территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи;

подушевой норматив финансирования – плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, предназначенная для оплаты первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, или по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи);

застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

прикрепленные (прикрепившиеся) граждане – застрахованные во Владимирской области граждане, обслуживаемые в конкретной медицинской организации по месту жительства (территориальному принципу), а также граждане, подавшие заявление на обслуживание в этой медицинской организации, но проживающие вне зоны обслуживания; понятие вводится как учетная величина при финансировании амбулаторно-поликлинических учреждений на основе подушевого норматива и не ограничивает получение медицинской помощи гражданами в других медицинских организациях;

медицинская помощь – комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, санитарно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и др.), направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья;

медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

медицинская организация – юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность, на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

страховая медицинская организация – страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации

порядке, и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

посещение – это контакт застрахованного лица с врачом (кроме врачей параклинических специальностей) или медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование и ведущим самостоятельный прием; посещение (по поводу заболевания, с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебно-диагностической целью, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного;

обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания; под законченным случаем лечения заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, либо пациент направляется в дневной стационар или на госпитализацию в круглосуточный стационар; результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента;

случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

законченный случай лечения в стационаре или дневном стационаре – совокупность медицинских услуг (комплекс лечебно-диагностических мероприятий), предоставленных пациенту в стационаре (дневном стационаре) в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента);

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

статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 066/у) заполняется лечащим врачом на каждом этапе лечения, в том числе при переводе больного из одного отделения в другое по поводу другого или сопутствующего заболевания в пределах одной медицинской организации; при этом заполняется одна карта стационарного больного с переводным эпикризом, в котором делается

запись о состоянии больного при поступлении, переводе в другое отделение для обоснования способа оплаты данного этапа лечения;

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

подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний - группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратноемкости, отличный от коэффициента относительной затратноемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп;

клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

медико-экономический контроль (МЭК) – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации медицинской организации;

экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи;

условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме;

высокотехнологичная медицинская помощь – медицинская помощь, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники,

информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые во Владимирской области

2.1. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи (медицинская помощь в амбулаторных условиях), и их применение

2.1.1. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, и предоставляется:

а) в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц (приложение № 1 к настоящему тарифному соглашению);

б) в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц (приложение № 2 к настоящему тарифному соглашению).

2.1.2. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой, неотложной формах и включает в себя:

а) первичную доврачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием;

б) первичную врачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);

в) первичную специализированную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачами-специалистами.

2.1.3. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанной на территории Владимирской области:

а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

б) за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай); используется при оплате:

– медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;
- за посещение с целью оказания неотложной медицинской помощи;
- медицинской помощи по профилям «стоматология», «акушерство и гинекология»;
- медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья;
- посещения по поводу заболевания с консультативной целью в консультативные поликлиники ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница», ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» и ГБУЗ ВО «Областной центр специализированных видов медицинской помощи», ГБУЗ ВО «Областной перинатальный центр»;
- за комплексное посещение первого этапа диспансеризации взрослого населения;
- за комплексное посещение профилактических медицинских осмотров взрослого населения;
- за комплексное посещение диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях;
- за комплексное посещение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе, усыновлённых (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью;
- за комплексное посещение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (I этап);
- отдельных медицинских услуг, диагностических(лабораторных) (в том числе используется при оплате компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) и услуг гемодиализа.

Направление на диагностические исследования осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний и в соответствии с маршрутизацией, утвержденной приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу, при этом учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение.

При оплате стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение, обращение с учетом условных единиц трудоемкости (УЕТ). При этом для учета случаев лечения

обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям рекомендуется учитывать условные единицы трудоемкости в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи (приложение № 3 к настоящему тарифному соглашению) и средней кратностью УЕТ в единице объема, которая в среднем составляет 3,9:

- посещение с профилактической целью – 4,0;
- посещение с неотложной помощью – 4,7;
- обращение по поводу заболевания – 9,4.

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта за одно посещение.

По отдельному тарифу оплачиваются услуги, оказываемые централизованными лабораториями пациентам, получающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и направляемым в данные лаборатории согласно маршрутизации, утвержденной приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области (за исключением услуг, оказываемых централизованными лабораториями пациентам, прикрепленным к данной медицинской организации).

Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется в соответствии с постановлением администрации Владимирской области от 24.12.2019 № 922 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и их применение

2.2.1. Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, оказывается в стационарных условиях врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию; предоставляется в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (приложение № 4 к настоящему тарифному соглашению).

2.2.2. Способы оплаты специализированной медицинской помощи в условиях стационара:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);

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

в) за законченный случай лечения заболевания по нормативу финансовых затрат по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара;

2.2.3. Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Минздрава России и ФОМС от 12.12.2019 № 11-7/И/2-11779/№17033/26-2/и) и Инструкцией по группировке случаев, в том числе правил учета дополнительных классификационных критериев (письмо ФОМС от 13.12.2019 №17151/26-1/и).

В качестве критериев группировки в данной модели КСГ используются:

- Диагноз (код диагноза в соответствии со справочником "Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра" (далее - МКБ 10));

- Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с [Номенклатурой](#) медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 N 804н (далее - Номенклатура)), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

- Схема лекарственной терапии;

- МНН лекарственного препарата;

- Возрастная категория пациента;

- Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

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

- Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

- Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

- Пол;

- Длительность лечения.

2.2.4. В случае проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью в период его нахождения в стационаре заместительной

почечной терапии методом гемодиализа оплата производится за фактически проведенные сеансы по тарифу на услугу (сутки, день обмена), дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения (приложение № 12 к настоящему тарифному соглашению).

2.2.5. Медицинские услуги по тарифу за проведенный гемодиализ выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

2.2.6. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

При проведении пациенту хирургической операции и(или) проведена тромботическая терапия, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, в случае если длительность лечения составила 3 дня и менее случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ, кроме прерванных случаев оказания медицинской помощи, приведенных в таблице, оплата которых осуществляется в полном объеме.

Таблица 2.1.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангинебротический отек, анафилактический шок
st05.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые <*>
st05.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые <*>
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе <*>
st05.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы <*>
st05.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети <*>
st05.011	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети <*>

№ КСГ	Наименование КСГ
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) <*>
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) <*>
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) <*>
st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) <*>
st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) <*>
st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) <*>
st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) <*>
st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) <*>
st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) <*>
st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) <*>
st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) <*>
st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) <*>
st19.056	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) <*>
st19.057	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) <*>
st19.058	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) <*>
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)

№ КСГ	Наименование КСГ
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3) <*>
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) <*>
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина <*>
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов <*>

№ КСГ	Наименование КСГ
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

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

<***> для пациентов в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев 29 дней.

В случае проведения пациенту хирургической операции и(или) проведения тромботической терапии, длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

В случае проведения пациенту хирургической операции и(или) проведения тромботической терапии, длительность госпитализации при прерванном случае лечения с летальным исходом, составила более 3-х дней случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
st10.004	Аппендэктомия, дети (уровень 2)
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.003	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
st16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st25.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
st25.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
st25.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)
st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)
st25.010	Операции на сосудах (уровень 3)
st25.011	Операции на сосудах (уровень 4)
st25.012	Операции на сосудах (уровень 5)
st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.008	Эндопротезирование суставов
st29.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
st29.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
st31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
st31.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
st31.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.015	Остеомиелит (уровень 3)
st31.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
st32.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
st32.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
st34.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и длительности менее 3-х дней

случай, оплачиваются в размере 50% от стоимости КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и(или) тромболитическая терапия, составила более 3-х дней случай оплачивается в размере 70% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения с летальным исходом, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и(или) тромболитическая терапия, составила более 3-х дней случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях

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

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

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций) а также кода МНН лекарственных препаратов. В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов, оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

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

2.2.7. При переводе пациента из одного отделения в другое отделение медицинской организации в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ (т.е. по двум КСГ), за

исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 "Осложнения, связанные с беременностью" и st02.003 "Родоразрешение", а также st02.001 "Осложнения, связанные с беременностью" и st02.004 "Кесарево сечение" возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

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

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

При переводе пациента из одного отделения в другое отделение в пределах одной медицинской организации на лечение по поводу заболевания, относящегося к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.2.8. Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи.

Организация оказания высокотехнологичной помощи осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610, в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным постановлением Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

2.2.9 Порядок оплаты медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»

Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ NN st37.001 – st37.018 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) согласно приложению № 29 к настоящему тарифному соглашению.

При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, утвержденной приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области.

При оценке 4 - 5 - 6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар по максимально выраженному признаку.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания.

При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

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

2.2.11 Порядок случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией

КСГ st38.001 "Соматические заболевания, осложненные старческой астенией" формируется с учетом двух классификационных критериев - основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке.

2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, и их применение

2.3.1. Медицинская помощь в условиях дневных стационаров предоставляется в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) согласно приложению № 5 к настоящему тарифному соглашению).

2.3.2. Оплата первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях дневных стационаров осуществляется:

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

2.3.3. Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Минздрава России и ФОМС от 12.12.2019 № 11-7/И/2-11779/№17033/26-2/и) и Инструкцией по группировке случаев, в том числе правил учета дополнительных классификационных критериев (письмо ФОМС от 13.12.2019 №17151/26-1/и).

В качестве критериев группировки в данной модели КСГ используются:

- Диагноз (код диагноза в соответствии со справочником "Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра" (далее - МКБ 10));
- Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 N 804н (далее - Номенклатура)), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- Схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- Возрастная категория пациента;
- Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;
- Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

- Пол;
- Длительность лечения.

2.3.4. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров.

При проведении пациенту хирургической операции и(или) проведена тромботическая терапия, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, в случае если длительность лечения составила 3 дня и менее случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ, кроме прерванных случаев оказания медицинской помощи, приведенных в таблице, оплата которых осуществляется в полном объеме:

Таблица 2.2

Перечень КСГ дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые <*>
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые <*>
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе <*>
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы <*>
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети <*>
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) <*>
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) <*>
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) <*>
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) <*>
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) <*>
ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) <*>
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и

№ КСГ	Наименование КСГ
	кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) <*>
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) <*>
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) <*>
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) <*>
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) <*>
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) <*>
ds19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) <*>
ds19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) <*>
ds19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) <*>
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина <*>
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов <*>

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

В случае проведения пациенту хирургической операции и(или) проведении тромботической терапии, длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

В случае проведения пациенту хирургической операции и(или) проведении тромботической терапии, длительность госпитализации при прерванном случае лечения с летальным исходом, составила более 3-х дней случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети
ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
ds10.001	Операции по поводу грыж, дети
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds16.002	Операции на периферической нервной системе
ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
ds31.006	Операции на молочной железе
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и длительности менее 3-х дней случай, оплачиваются в размере 50% от стоимости КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения), при которых не проводилось хирургическое вмешательство и(или) тромболитическая терапия, составила более 3-х дней случай оплачивается в размере 70% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения с летальным исходом, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и(или) тромболитическая терапия, составила более 3-х дней случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях

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

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

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к

соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций), а также кода МНН лекарственных препаратов. В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов, оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

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

2.3.5. Порядок оплаты при переводе пациента из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

При переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара, а также при переводе из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении.

2.3.6. При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ (т.е. по двум КСГ), за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

2.3.7. При переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара в одной медицинской организации на лечение по поводу заболевания, относящегося к одному классу МКБ-10, оплате подлежит КСГ/КПГ с наибольшим размером оплаты.

По каждому прерванному случаю оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара должна быть проведена медико-экономическая экспертиза, а при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт больных дневных стационаров.

При дублировании сроков лечения в отделении дневного стационара со сроками лечения в круглосуточном стационаре в разных или в одной и той же медицинской организации, или в другом дневном стационаре одной и той же медицинской организации, или в дневном стационаре другой медицинской организации, отклоняются от оплаты оба случая полностью до момента получения результатов медико-экономической экспертизы.

2.3.8 Порядок оплаты медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»

Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ ds37.001 - ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) согласно приложению № 29 к настоящему тарифному соглашению.

При оценке 2 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара.

При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, утвержденной приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания.

При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

2.3.9 Порядок оплаты медицинской помощи по профилю «Акушерство гинекология» в части экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

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

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

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

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса

эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.005 "Экстракорпоральное оплодотворение" без применения КСЛП.

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

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

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

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

2.4.Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, и их применение

2.4.1. Скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

2.4.2. Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации, предоставляется медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций) согласно приложению № 6 к настоящему тарифному соглашению.

2.4.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по подушевому нормативу финансирования (в части медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории Владимирской области) в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.4.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется за вызов:

а) скорой медицинской помощи с применением медицинской технологии «тромболизис»;

б) скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, находящимся вне территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.5. Уровень медицинских организаций

Уровень медицинских организаций государственной системы здравоохранения Владимирской области определяется департаментом здравоохранения администрации Владимирской области.

Уровень федеральных медицинских организаций и медицинских организаций частной системы здравоохранения устанавливается Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», 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), организацию 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.

Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 обращение в связи с заболеванием, 1 посещение с профилактической целью, 1 комплексное посещение при оплате профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 вызов скорой медицинской помощи), на 1 УЕТ при оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях, на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров (в том числе КСГ и КПП), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

3.1. Размер тарифов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Владимирской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 4 275,56 руб.

3.1.2. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц осуществляется оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактической целью (в том числе с иными целями) и в связи с заболеваниями (разовые посещения в связи с заболеваниями, обращения по поводу заболевания), за исключением:

- расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

- средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (таблица 5 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- медицинской помощи по профилям «стоматология», «акушерство и гинекология»;

- медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья;

- посещения по поводу заболевания с консультативной целью;

- диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических осмотров взрослого населения;

- диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе, усыновлённых (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью и профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

- отдельных медицинских услуг, в том числе диагностических и услуг гемодиализа.

3.1.3. Объем финансового обеспечения амбулаторной помощи,

оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, определяется исходя из следующих параметров:

а) дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (таблица 4 приложения №7 к настоящему тарифному соглашению);

б) численности прикрепленного застрахованного населения (пересматривается на 1 число каждого квартала).

При установлении дифференцированного подушевого норматива для медицинских организаций применяются:

а) базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на 1 застрахованного прикрепленного гражданина (таблица 1 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

б) коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится медицинская организация (таблица 2 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

в) коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива финансирования по полу и возрасту (приложение №8 к настоящему тарифному соглашению);

г) коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (таблица 3 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению).

3.1.4. Для оплаты единицы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются тарифы:

а) на посещения с профилактической целью врачей-специалистов, на посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, на посещения к врачам-специалистам по поводу заболевания, на обращения к врачам-специалистам по поводу заболевания, на 1 УЕТ при оплате стоматологической помощи (приложение № 9 к настоящему тарифному соглашению);

б) на посещения по поводу заболевания с консультативной целью в консультативные поликлиники ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница», ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», ГБУЗ ВО «Областной центр специализированных видов медицинской помощи», ГБУЗ ВО «Областной перинатальный центр» (приложение № 10 к настоящему тарифному соглашению);

в) на посещения Центра здоровья с целью комплексного обследования и динамического наблюдения (приложение № 11 к настоящему тарифному соглашению);

г) на медицинскую услугу с целью проведения сеанса амбулаторного диализа (приложение № 12 к настоящему тарифному соглашению);

д) на отдельные медицинские услуги, в том числе диагностические (приложение № 13 к настоящему тарифному соглашению);

е) на комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения (таблица 1 приложения № 14 к настоящему тарифному соглашению);

ж) на комплексное посещение для проведения первого этапа диспансеризации взрослого населения, на посещения (исследования) второго этапа диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования (таблица 2 приложения № 14 к настоящему тарифному соглашению);

з) на комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (I этап) (таблица 3 приложения № 14 к настоящему тарифному соглашению);

и) на комплексное посещение для проведения первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (таблица 4 приложения № 14 к настоящему тарифному соглашению).

3.2. Размер тарифов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 4 917,26 руб.

3.2.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ или КПП, и установленные коэффициенты относительной затратноности для определения стоимости КСГ или КПП по стационарной помощи приведены в приложении № 15 к настоящему тарифному соглашению.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП, (базовая ставка) определяется исходя из следующих параметров:

а) объем средств, предназначенных на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ или КПП;

б) общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ или КПП;

в) средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ или КПП.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) финансирования медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара приведен в приложении № 16 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.3. Поправочные коэффициенты, применяемые к базовой ставке для определения стоимости законченного случая лечения, включают в себя нижеприведенные коэффициенты.

3.2.3.1. Управленческий коэффициент – устанавливается для конкретной КСГ или КПП с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализаций при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. Кроме того, данный коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

Управленческий коэффициент не применяется (т.е. устанавливается в значении 1) к КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология».

3.2.3.2. Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи - устанавливается в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцировано для медицинских организаций и (или) структурных подразделений и отражающий разницу в затратах на оказание медицинской помощи пациентам (приложение № 17 к настоящему тарифному соглашению).

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация, например, инфекционная больница, и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н в составе Правил обязательного медицинского страхования, по каждому уровню могут выделяться не более 5 подуровней оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

Перечень КСГ, по которым при определении стоимости законченного случая лечения не применяется коэффициент уровня (подуровня), приведен в приложении № 18 к настоящему тарифному соглашению (исключение составляют медицинские организации, расположенные на территориях закрытых административных образований, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для которых применяется ко всем КСГ).

3.2.3.3. Коэффициент сложности лечения пациента – учитывает высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам и

применяется в отдельных случаях (таблица 1 приложения № 19 к настоящему тарифному соглашению).

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП.

Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

№ КСГ	Наименование КСГ
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st33.007	Ожоги (уровень 5)

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

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней по формуле:

$$КСЛП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{дл}$$

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

$K_{дл}$ – коэффициент длительности;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

Рекомендуемое значение коэффициента длительности, учитывающее расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов:

– для профильных отделений – 0,25;

– для реанимационных отделений – 0,4.

3.2.4. Нормативы финансовых затрат на законченный случай лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, приведены в приложении

№ 20 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.5. Базовый тариф на проведение услуг диализа в условиях круглосуточного стационара, а также тарифы на услуги диализа с учетом коэффициентов относительной затратоемкости к базовому тарифу приведены в приложении № 12 к настоящему тарифному соглашению.

3.3. Размер тарифов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 205,51 руб.

3.3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ или КПП, и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ или КПП в условиях дневного стационара приведены в приложении № 21 к настоящему тарифному соглашению.

3.3.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП, (базовая ставка) определяется исходя из следующих параметров:

а) объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ или КПП;

б) общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ или КПП;

в) средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ или КПП.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара приведен в приложении № 22 к настоящему тарифному соглашению.

3.3.4. Поправочные коэффициенты, применяемые к базовой ставке для определения стоимости законченного случая лечения, включают в себя нижеприведенные коэффициенты.

3.3.4.1. Управленческий коэффициент – устанавливается для конкретной КСГ или КПП с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализаций при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу, и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. Управленческий коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

Управленческий коэффициент не применяется (т.е. устанавливается в значении 1) к КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология».

3.3.4.2. Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи –

устанавливается в разрезе двух уровней оказания медицинской помощи дифференцировано для медицинских организаций и (или) структурных подразделений и отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи пациентам (приложение № 23 к настоящему тарифному соглашению).

Перечень КСГ, по которым при определении стоимости законченного случая лечения не применяется коэффициент уровня (подуровня), приведен в приложении № 24 к настоящему тарифному соглашению (исключение составляют медицинские организации, расположенные на территориях закрытых административных образований, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для которых применяется ко всем КСГ).

3.3.4.3. Коэффициент сложности лечения пациента – учитывает высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам и применяется в отдельных случаях (таблица 2 приложения № 19 к настоящему тарифному соглашению).

3.4. Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 682,56 руб.

3.4.2. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц осуществляется оплата скорой медицинской помощи, за исключением:

- скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами территории Владимирской области;

- скорой медицинской помощи с применением медицинской технологии «тромболизис».

3.4.3. Объем финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, определяется исходя из следующих параметров:

- а) базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 1 застрахованного обслуживаемого гражданина (таблица 1 приложения № 25 к настоящему тарифному соглашению);

- б) средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации базового подушевого норматива финансирования для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций (таблица 2 приложения № 25 к настоящему тарифному соглашению);

- в) численности прикрепленного застрахованного населения в разрезе пола и возраста (пересматривается на 1 число каждого квартала).

При установлении средневзвешенного интегрированного коэффициента

дифференциации подушевого норматива применяются:

а) коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива финансирования по полу и возрасту (приложение № 26 к настоящему тарифному соглашению);

б) коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения;

в) коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций.

Исходя из средневзвешенного интегрированного коэффициента определяются дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи на 1 застрахованного обслуживаемого гражданина, для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций (таблица 3 приложения № 25 к настоящему тарифному соглашению).

3.4.4. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи) представлены в приложении № 27 к настоящему тарифному соглашению.

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

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Контроль) осуществляется страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Владимирской области в соответствии с приказом ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Результаты проведенного Контроля оформляются актами медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с приказом ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

В соответствии со ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные ст. 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В случае выявления по результатам Контроля неисполнения медицинской организацией условий заключенного договора применяются меры в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно ст.41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

4.1. Санкции, применяемые к медицинским организациям

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Таблица 4.1

Размер $K_{\text{но}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.5; 3.10
0,4	3.2.3

0,5	1.5; 3.4; 4.4
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.12
1,0	1.4; 3.2.5; 4.1; 4.5; 4.6.2; раздел 5

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП}_{\text{А базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

$\text{РП}_{\text{А базовый}}$ - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП}_{\text{СМП базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

$\text{РП}_{\text{СМП базовый}}$ - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП}_{\text{ПП базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

РП_{ПП базовый} - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$C_{шт} = РП_{СТ} \times K_{шт},$$

где:

$РП_{СТ}$ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа ($K_{шт}$) устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Таблица 4.2

Размер $K_{шт}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6; 3.7; 4.6.1
0,5	1.5
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.12; 4.1, 4.6.2
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

Размеры санкций, применяемых к медицинской организации, определены в приложении № 28 к настоящему тарифному соглашению.

У. Заключениеые положения

5.1. Срок действия тарифного соглашения и порядок его изменения

Настоящее тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2020 и действует по 31.12.2020.

Досрочное расторжение тарифного соглашения возможно по соглашению сторон, оформленному в письменной форме.

Изменения и дополнения к настоящему тарифному соглашению могут вноситься только в письменном виде. В случае возникновения споров по настоящему тарифному соглашению стороны принимают все меры к разрешению их путем переговоров. При недостижении согласия, стороны разрешают споры в судебном порядке.

Директор департамента здравоохранения
администрации Владимирской области



А.С. Мозалев

Первый заместитель директора территориального
фонда обязательного медицинского страхования
Владимирской области



О.Ю. Серкова

Председатель Областной организации
профсоюза работников здравоохранения



С.Г. Солохина

Директор филиала ООО «Капитал МС»
во Владимирской области



Т.Ю. Аннина

Член Региональной общественной
организации «Врачебная палата
Владимирской области»



Т.А. Белова