**Соглашение № 1 / 2019**

об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

|  |  |
| --- | --- |
| от 27.12.2018 года | г. Петропавловск-Камчатский |

Оглавление

[1. Общие положения 3](#_Toc479070907)

[1.1. 3](#_Toc479070908)

[1.2. 4](#_Toc479070909)

[1.3. 4](#_Toc479070910)

[1.4. 4](#_Toc479070911)

[2. Способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяемые в Камчатском крае 4](#_Toc479070912)

[2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях: 4](#_Toc479070913)

[2.1.1. 4](#_Toc479070914)

[2.1.2. 5](#_Toc479070915)

[2.1.3. 5](#_Toc479070916)

[2.1.4. 7](#_Toc479070917)

[2.1.5. 8](#_Toc479070918)

[2.1.6. 9](#_Toc479070919)

[2.1.7. 10](#_Toc479070920)

[2.1.8. 10](#_Toc479070921)

[2.1.9.](#_Hlk533003008)[. 11](#_Toc479070921)

[2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара: 12](#_Toc479070922)

[2.2.1.. 12](#_Toc479070923)

[2.2.2.. 12](#_Toc479070924)

[2.2.3.](#_Hlk533002800) [. 12](#_Toc479070925)

[2.2.4. 12](#_Toc479070926)

[2.2.5.](#_Toc479070927) 12

[2.2.6.](#_Toc479070928) 14

[2.2.7.](#_Toc479070930) 15

[2.2.8.](#_Toc479070931)[. 15](#_Toc479070930)

[2.2.9.](#_Toc479070932)[. 15](#_Toc479070931)

[2.2.10.](#_Toc479070933) [15](#_Toc479070932)

[2.2.11.](#_Toc479070934)[. 16](#_Toc479070933)

[2.2.12.](#_Toc479070935)[. 16](#_Toc479070934)

[2.2.13.](#_Toc479070936)[. 16](#_Toc479070935)

[2.2.14.](#_Toc479070937)[. 16](#_Toc479070936)

[2.2.15.](#_Toc479070940)[. 16](#_Toc479070937)

[2.2.16](#_Hlk533001190) 17

[2.2.17.](#_Hlk533002351)[.](#_Toc479070939) 18

[2.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации): 18](#_Toc479070942)

[2.3.1. 18](#_Toc479070943)

[2.4.](#_Hlk533003152) [. 18](#_Toc479070944)

[2.5.](#_Hlk533003205)[. 19](#_Toc479070945)

[2.6.](#_Hlk533003279) [. 19](#_Toc479070946)

[2.7. 19](#_Toc479070946)

[3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае 19](#_Toc479070947)

[3.1. Дифференциация по уровням. 19](#_Toc479070948)

[3.2. Структура тарифа 20](#_Toc479070949)

[3.2.1. 20](#_Toc479070950)

[3.2.2. 21](#_Toc479070951)

[3.2.3. 21](#_Toc479070952)

[3.2.4. 22](#_Toc479070953)

[3.3. Диагностические услуги 22](#_Toc479070955)

[3.3.1. 23](#_Toc479070956)

[3.3.2. 23](#_Toc479070957)

[3.3.3. 24](#_Toc479070958)

[3.3.3.1 26](#_Toc479070958)

[3.3.3.2.](#_Hlk533061495) [27](#_Toc479070958)

[3.3.4.](#_Hlk533062505) [. 27](#_Toc479070959)

[3.3.5.](#_Hlk533062441) [. 29](#_Toc479070958)

[3.3.6.](#_Hlk533062323) [. 29](#_Toc479070958)

[3.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. 30](#_Toc479070960)

[3.4.1. 31](#_Toc479070961)

[3.4.2. 33](#_Toc479070962)

[3.4.3. 33](#_Toc479070963)

[3.4.4. 34](#_Toc479070964)

[3.4.4.1. 34](#_Toc479070965)

[3.4.4.2. 34](#_Toc479070966)

[3.4.4.3. 37](#_Toc479070967)

[3.4.5. 38](#_Toc479070968)

[3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях. 39](#_Toc479070969)

[3.5.1. 40](#_Toc479070970)

[3.5.2. 40](#_Toc479070971)

[3.5.3. 40](#_Toc479070972)

[3.5.4. 44](#_Toc479070973)

[3.5.5. 44](#_Toc479070974)

[3.5.6. 45](#_Toc479070975)

[3.5.7. 45](#_Toc479070976)

[3.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара. 45](#_Toc479070977)

[3.6.1. 46](#_Toc479070978)

[3.6.2. 47](#_Toc479070979)

[3.6.3.](#_Toc479070981)[.](#_Toc479070980) 48

[3.6.4.](#_Hlk533003659)[. 48](#_Toc479070981)

[3.6.5. 48](#_Toc479070982)

[3.6.6. 49](#_Toc479070982)

[3.7. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи. 50](#_Toc479070983)

[3.7.1. 51](#_Toc479070984)

[3.7.2. 51](#_Toc479070985)

[3.7.3. 51](#_Toc479070986)

[3.7.4. 51](#_Toc479070987)

[3.8. 52](#_Toc479070987)

[3.9. 52](#_Toc479070987)

[4. 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 52](#_Toc479070988)

[5. Заключительные положения. 53](#_Toc479070989)

[5.1. 53](#_Toc479070990)

[5.2. 53](#_Toc479070991)

[5.3. 54](#_Toc479070992)

# 1. Общие положения

1.1. В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 [№ 326-ФЗ](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» тарифы на оплату медицинской помощи являются предметом соглашения между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии  [№ 323-ФЗ](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/), и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Министерство здравоохранения Камчатского края в лице И.о. Министра Волковой Марины Владимировны;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования  Камчатского края в лице Врио директора Александрович Натальи Николаевны;

Камчатский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице исполнительного директора Болдышевской Алёны Николаевны;

НП «Камчатская медицинская ассоциация» в лице главного врача ГБУЗ «Елизовская районная больница» Стружкина Андрея Петровича;

Камчатская краевая организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице Первого заместителя Председателя Федерации профсоюзов Камчатки, председателя Камчатской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Покрищук Ларисы Ивановны;

Медицинские организации в лице Директора ООО «Камчатская неврологическая клиника»

в дальнейшем совместно именуемые Стороны, в целях реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края, утвержденной постановлением Правительства Камчатского края от 20.12.2018 № 541-П «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных Законом Камчатского края от 29.11.2018 № 273 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» заключили настоящее Соглашение об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Соглашение).

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяемые в Камчатском крае ([раздел 2](#_2._Способы_оплаты) настоящего Соглашения) на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае ([раздел 3](#_3._Размер_и) настоящего Соглашения) на 2019 год, 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 ([раздел 4](#_4._Размер_неоплаты) настоящего Соглашения) на 2019 год.

1.3. Настоящее Соглашение составлено с учетом Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 [№ 200](http://docs.cntd.ru/document/420235355).

1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае, производится по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, по способам оплаты, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования в Камчатском крае на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, и по тарифам, установленным настоящим Соглашением.

# 2. Способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяемые в Камчатском крае

В Камчатском крае в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной в составе [Территориальной программы](http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/4100201712250005) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию:

# 2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц, в центрах здоровья, при оплате консультативных посещений, при оплате посещений по неотложной медицинской помощи, оказанной в отделениях (кабинетах) неотложной помощи поликлиники, и на станциях (в отделениях) скорой медицинской помощи при самостоятельном обращении граждан, при оплате медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования – по тарифам за единицу объема медицинской помощи:

– за медицинскую услугу (условная единица трудоемкости к врачу-стоматологу, исследование, комплексная услуга центра здоровья, услуга диализа);

– за посещение (с профилактической и иными целями, по неотложной медицинской помощи);

– за законченный случай диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены Минздравом России;

– за обращение (законченный случай по поводу заболевания).

Утвердить Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, в соответствии с [приложением 1.1](Прил%201.1-1-2018_Перечень%20МО%20-%20пол-ка%20за%20единицу%20объема%20мед.помощи.docx) к настоящему Соглашению.

2.1.2. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц, – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой по тарифам за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай по поводу заболевания).

Утвердить Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в соответствии с [приложением 1.2](Прил%201.2-1-2018_Перечень%20МО%20-%20пол-ка%20по%20подушевому%20нормативу.docx) к настоящему Соглашению.

Установить, что по подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарой помощи в амбулаторных условиях в экстренной, неотложной и плановой формах в порядке, утвержденном в [приложении 1.3](Прил%201.3-1-2018_Порядок%20оплаты%20подуш.пол-ка.docx) к настоящему Соглашению.

2.1.3. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью, с иными целями, а также в связи с оказанием неотложной помощи единицей объема является посещение.

К посещениям с профилактической целью относятся:

- посещения врача при прохождении диспансеризации определенными группами населения;

- посещения в связи с проведением профилактических медицинских осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- посещения в Центрах здоровья;

- посещения для проведения диспансерного наблюдения.

К посещениям с иными целями (за исключением стоматологической помощи) относятся:

- посещения по поводу осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний), врачебный осмотр для выдачи справки (за исключением справки о болезни);

- патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, обходы врачей инфекционистов во время вспышки инфекционных заболеваний.

- посещения беременных при нормальной беременности;

- разовые посещения в связи с заболеванием;

- разовые посещения, связанные c направлением на госпитализацию;

- консультативные посещения;

- случаи, когда при оказании амбулаторной помощи по поводу заболевания пациент не явился на повторный прием;

- разовое посещение в течение месяца к врачу-педиатру при осуществлении катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией при условии отсутствия необходимости в осмотрах врачами-специалистами.

Консультативным посещением считается направление от однопрофильного специалиста к однопрофильному специалисту в медицинское учреждение, оказывающее медицинскую помощь более высокого уровня. Направление должно содержать предварительный диагноз, цель направления и результаты обследований, необходимых для диагностики данного заболевания в объеме возможностей направившего медицинского учреждения.

В случае отсутствия в муниципальном образовании врача соответствующей специальности, направление на консультацию может быть оформлено районным врачом-терапевтом, районным врачом-педиатром или врачом общей практики, заверенное руководителем учреждения или его заместителем.

Консультативные посещения проводятся в следующих медицинских организациях:

- ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского»;

- ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница»;

- ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер»;

- ГБУЗ «Камчатский краевой кожно-венерологический диспансер»;

- ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер»;

- ГБУЗ «Камчатский краевой родильный дом».

Консультативным посещением считается также дистанционная медицинская консультация ПАЦИЕНТА врачом-специалистом, проведенная в плановом режиме в телемедицинском центре (телемедицинская консультация) в соответствии с Порядком оказания телемедицинских врачебных консультаций на территории Камчатского края, утвержденным Министерством здравоохранения Камчатского края.

Перечень медицинских организаций, имеющих телемедицинские центры для проведения профильных консультаций, утверждается Министерством здравоохранения Камчатского края.

Телемедицинская консультация пациента учитывается как 1 посещение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи медицинской организацией, организовавшей консультацию, с обязательным соблюдением требований, установленных [пунктом 2.1.7](#учет_посещ) настоящего Соглашения, и подлежит оплате только при условии оформления в установленном порядке первичной медицинской документации, а также Протокола телемедицинской консультации консультирующим специалистом. В случае, если в ходе проведения телемедицинской консультации пациент направлен на дообследование, с указанием необходимости проведения повторной консультации, оплате подлежит только 1 посещение (окончательное) с применением телемедицинских технологий, в ходе которого пациенту даны рекомендации по поводу заболевания.

Медицинская организация, оформившая направление на телемедицинскую консультацию пациента, не учитывает проведенную в телемедицинском пункте консультацию как посещение и не предъявляет её к оплате в страховые медицинские организации и в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края.

При проведении телемедицинской консультации пациента, предъявляемой к оплате как консультативное посещение, не допускается пересечение сроков проведения телемедицинской консультации и сроков оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров в медицинской организации, направившей на консультацию. Осмотры специалистов, необходимые для диагностики и лечения заболевания в условиях круглосуточного и дневного стационара в соответствии с утвержденными протоколами и стандартами уже включены в тариф законченного случая.

2.1.4. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу заболевания единицей объема является обращение. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (за исключением стоматологической помощи).

Обращение по поводу заболевания включает в себя сумму всех посещений к соответствующему врачу (среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием) по поводу одного заболевания, в том числе:

- посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;

- посещения для лечения;

- посещения больными для проведения врачебного осмотра в связи с оформлением на МСЭ, санаторно-курортной карты, открытие и закрытие листка нетрудоспособности, получения справки о болезни ребенка, направление на аборт по медицинским показаниям, по поводу патологии беременности, после абортов по медицинским показаниям;

- консультативные посещения к специалистам в медицинские организации, определенные пунктом [2.1.3](#консультативные);

- посещения в связи с проведением диализа в порядке, определенном пунктом [2.1.8;](#забол_с_диализом)

- посещение в приемно смотровом фильтр-боксе детской поликлиники (отделения) к врачу-педиатру либо врачу-инфекционисту для осмотра, установления диагноза, решения вопроса о дальнейшем лечении, с последующими повторными посещениями к врачу-педиатру (врачу-педиатру участковому) по участковому принципу;

- все посещения в течение одного месяца к врачу-педиатру и врачам-специалистам при осуществлении катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией (комплексная услуга). Все посещения учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания) с отражением в составе одного законченного случая нескольких случаев оказания медицинской помощи по соответствующим профилям;

- все посещения в рамках одного повода обращения в случае, когда врач при проведении осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту другого профиля в пределах одной медицинской организации для установки диагноза. Посещение у врача, проводившего осмотр, и посещение у консультирующего специалиста учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания) с отражением в составе одного законченного случая нескольких случаев оказания медицинской помощи по соответствующим профилям;

- медицинскую реабилитацию пациентов в амбулаторных условиях (третий этап). Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

2.1.5. Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицами объема являются посещение с профилактической целью, посещение в связи с оказанием неотложной помощи и обращение по поводу заболевания. При этом, стоимость обращения по поводу заболевания корректируется с учетом фактически выполненного количества УЕТ, входящего в обращение по поводу заболевания, в порядке, установленном пунктом [3.4.4.2](#стоматологияУЕТ) настоящего Соглашения.

При оказании стоматологической помощи по поводу заболевания в амбулаторных условиях необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

В целях оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования формируется обращение по поводу заболевания в стоматологии, которое включает в себя все посещения по поводу заболевания по одной медицинской специальности, включая посещения смотрового кабинета (при наличии), до момента пока повод обращения не завершен.

Завершением повода обращения считать:

- пройденный курс лечения по одной специальности у одного специалиста до состояния выздоровления (санации);

- неявка пациента;

- отказ пациента от дальнейшего прохождения курса лечения.

В случае, если при оказании стоматологической помощи по заболеванию выполнено лечение у специалистов разных профилей, посещение смотрового кабинета и объем оказанной в нём медицинской помощи включается в стоимость обращения только по одной специальности с указанием соответствующих сведений о выполненных услугах.

2.1.6. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях независимо от цели посещения запись о врачебном осмотре пациента является обязательной. Врачебный осмотр должен быть зафиксирован в медицинской карте амбулаторного больного с описанием осмотра пациента и последующими рекомендациями: профилактика, диагностика или лечение заболевания. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр, консультацию пациента служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

Посещения в течение дня больным врача одного и того же профиля учитываются и подлежат оплате как одно посещение.

Не подлежат оплате и учету как посещения врачей: обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях и т.д.; консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями; осмотр заведующим отделением.

Осмотр пациента заведующим отделением и (или) заместителем главного врача по медицинской части учитывается как врачебное посещение только в тех случаях, когда он проводит самостоятельный врачебный прием с последующей его записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи).

Посещения по поводу врачебных осмотров для выдачи справки (за исключением справки о болезни) в случае оформления справки в другой день в связи с ожиданием данных лабораторных исследований, назначенных пациенту в день посещения, учитываются и подлежат оплате как одно посещение.

При осуществлении катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией все посещения в течение одного месяца к врачу-педиатру и врачам-специалистам учитываются в составе одного обращения по поводу заболевания (комплексная услуга) и в электронной форме реестра счета на оплату медицинской помощи в составе одного законченного случая отражаются сведения обо всех случаях. При этом стоимость законченного случая, выставленная к оплате, со значением, отличным от 0, отражается только в сведениях о случае по профилю «Педиатрия».

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в случаях, когда врач при проведении осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту другого профиля в пределах одной медицинской организации для установки диагноза, посещения у врача, проводившего осмотр, и посещение у консультирующего специалиста учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания). В реестре счета на оплату медицинской помощи в составе одного законченного случая отражаются сведения обо всех случаях (по разным профилям медицинской помощи). При этом в сведениях о случае по профилю соответствующего консультирующего врача отражается стоимость каждого посещения, выставленная к оплате. В сведениях о случае по профилю врача, проводившего осмотр (врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый и т.п.), стоимость указывается в зависимости от кратности соответствующих посещений (за посещение или обращение по заболеванию).

2.1.7. Медицинские организации ведут раздельный учет посещений с профилактической целью, посещений с иными целями, в связи с оказанием неотложной медицинской помощи и обращений по поводу заболеваний.

Учет посещений и обращений по поводу заболеваний осуществляется на основе учетной формы [№ 025-1/у](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175963/d177f752c35196837af190576775c701bffe7794/) «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее – Талон) по форме, согласно приложению № 3 к приказу Минздрава России от 15.12.2014 [№ 834н](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175963/).

2.1.8. При оказании медицинской помощи по заболеванию в амбулаторных условиях с применением методов диализа единицами объёма являются обращение и услуга диализа (сеанс гемодиализа, день обмена при проведении перитонеального диализа). Оплата производится в пределах согласованных объёмов исходя из стоимости услуг диализа и их фактического выполненного количества в течение одного месяца. При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС) с учетом норм, установленных приказом Минздрава России от 20.12.2012 [№ 1175н](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148452/) «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», в части установления запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях).

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты диализного больного в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года). При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения в полном объеме процедур диализа на основе порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом России, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями. Отсутствие в медицинской карте соответствующей записи о проведенном диализе служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

2.1.9. Оплата медицинской помощи, оказываемой врачами отделений (кабинетов) организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, осуществляется в общем порядке, установленном для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Сведения обо всех случаях оказания медицинской помощи в образовательном учреждении, должны быть подтверждены записями в медицинской документации по форме № 026/у-2000 «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов».

Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр, консультацию пациента, выполненную услугу служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

В целях формирования реестров счетов на оплату оказанной в образовательных учреждениях медицинской помощи вместо Талона заполняется журнал учета оказанной медицинской помощи детям в образовательных учреждениях ([приложение 1.9](Прил%201.9-1-2018_Журнал%20общеобразоват.xlsx)).

# 2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара:

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

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

Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

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

– услуг диализа, оплата которых предусмотрена в форме составного компонента оплаты, применяемого дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации.

Утвердить Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в соответствии с [приложением 2.1](Прил%202.1-1-2018_Перечень%20МО%20-%20стационар.docx) к настоящему Соглашению.

Утвердить Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, в соответствии с [приложением 3.1](Прил%203.1-1-2018_Перечень%20МО%20-%20дневной%20стационар.docx) к настоящему Соглашению.

2.2.1. 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 Перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС.

2.2.2. Для больных круглосуточного стационара день поступления и день выписки считается за 1 койко-день. Больных, направленных в круглосуточный стационар из дневного и наоборот, считать выписанными и поступившими (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545).

2.2.3. Для больных в условиях дневного стационара день поступления и день выписки считаются за 2 дня (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545).

2.2.4. Затраты медицинского учреждения по лечению больных, госпитализированных в плановом порядке, возмещаются страховой медицинской организацией только при наличии направления врача амбулаторно-поликлинического учреждения, участвующего в реализации Территориальной программы ОМС в Камчатском крае, оформленного в установленном порядке и заверенного подписью заведующего отделением с обязательной регистрацией в журнале направлений на стационарное лечение.

При оформлении направления на медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и на медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара в направлении в обязательном порядке указываются:

– оценка пациента по Шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ);

– перспектива восстановления функций (реабилитационный потенциал) пациента;

– цели проведения реабилитационных мероприятий, на которые направляется пациент.

2.2.5. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

a. Диагноз (код по МКБ 10);

b. 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 № 804н (далее – Номенклатура), при наличии;

c. Схема лекарственного лечения;

d. Возрастная категория пациента;

e. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

f. 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;

g. Длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;

h. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

i. Пол;

j. Длительность лечения.

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

Основные аспекты формирования КСГ отражены в Инструкции по группировке случаев по КСГ в соответствии с [приложением 2.4](Прил%202.4-1-2018_Инструкция%20по%20группировке%20случаев%20по%20КСГ.docx) к настоящему Соглашению.

Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется таблицами «Группировщик» и «Группировщик детальный» (таблицы идентичны, за исключением того, что «Группировщик детальный» содержит расшифровки кодов МКБ 10, Номенклатуры и КСГ), представленных в файле «Расшифровка групп КС» формата MS Excel, в соответствии с [приложением 2.5](Прил%202.5-1-2018_Расшифровка%20КСГ%20КС.xlsx) к настоящему Соглашению – для круглосуточного стационара, в соответствии с [приложением 3.3](Прил%203.3-1-2018_Расшифровка%20КСГ%20ДС.xlsx) к настоящему Соглашению – для дневного стационара.

При формировании реестра счета в части оказанной стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара допускается указание кодов только тех услуг, которые являются основным классификационным критерием для КСГ, предъявленной к оплате, в соответствии с настоящим Соглашением.

Дополнительно заполняются сведения:

– об оказанных услугах диализа в порядке, установленном настоящим Соглашением;

– о проведенных хирургических операциях в случаях предъявления к оплате по КСГ, сформированной по диагнозу, в связи с более низкой затратоемкостью КСГ, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, по сравнению с затратоемкостью КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

В ряде случаев, если пациенту при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=AF3C091C11106CE2CE7180ED818CB182AEFD02ED15BA29B91217913210840E681167DF216C38F5A9A), оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу.

«Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги» утвержден в соответствии с пунктом 1.5.2 приложения 2.4 к настоящему Соглашению.

В дневном стационаре возможность выбора между группами, сформированными по диагнозу или услуге, отсутствует. Если оказывалась услуга, являющаяся классификационным критерием, то оплата осуществляется по КСГ, сформированной по услуге.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости.

2.2.6. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи 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.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, кроме случаев с оптимальными сроками лечения менее 3 дней. Группы круглосуточного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме, независимо от длительности лечения, установлены в соответствии с пунктом 2 приложения 2.4 к настоящему Соглашению.

Установить, что прерванные случаи лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара оплачиваются в следующем порядке:

1) оплата прерванных, в том числе сверхкоротких, случаев оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации в круглосуточном стационаре либо лечения в условиях дневного стационара составляет **менее 3 дней** включительно, осуществляется **в размере 20 %** стоимости соответствующей КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз по МКБ-10);

2) оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации либо лечения в условиях дневного стационара составляет **4 дня и более**, осуществляется **в размере 50%** стоимости соответствующей КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз по МКБ-10);

3) оплата сверхкоротких (длительность госпитализации либо лечения в условиях дневного стационара менее 3 дней включительно) и прерванных случаев лечения (независимо от фактической длительности госпитализации либо лечения в условиях дневного стационара) при которых была выполнена **хирургическая операция или другая медицинская услуга**, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, осуществляется **в размере 80 %** стоимости соответствующей КСГ;

4) оплата случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях, прерванных в связи с летальным исходом, с обоснованной длительностью свыше 30 дней осуществляется в размере 100 % стоимости соответствующей КСГ с учетом применения рассчитанного значения КСЛПдлит.

2.2.7. Оплата законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара производится в соответствии с диагнозом основного заболевания без учета мероприятий, выполненных в плановом порядке по поводу сопутствующего заболевания.

2.2.8. В случае развития осложнений основного заболевания (патологические процессы или нозологические единицы, патогенетически и/или этиологически связанные с основным заболеванием, но не являющиеся его проявлением) оплата законченного случая оказания медицинской помощи производится в соответствии с диагнозом основного заболевания без учета мероприятий, выполненных по поводу осложнений основного заболевания.

2.2.9. В случае перевода больного из круглосуточного стационара на койки дневного пребывания на долечивание, оплата производится по законченному случаю отдельно по круглосуточному стационару, и отдельно - по дневному стационару.

При этом, обязательными условиями для перевода на долечивание являются:

– выполнение в круглосуточном стационаре всех необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

– необходимость медицинского наблюдения и лечения в дневное время, но не требующее круглосуточного наблюдения и лечения.

Если в круглосуточном стационаре случай (без выполнения хирургической операции) был прерван (при переводе пациента в пределах одной медицинской организации, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, при преждевременной выписке пациента из медицинской организации по инициативе ЛПУ, при его письменном отказе от дальнейшего лечения, при самовольном уходе) и пациент направлен на лечение в дневной стационар оплата производится только за законченный случай в условиях дневного стационара. При этом, если пациенту в круглосуточном стационаре была выполнена хирургическая операция, оплата производится по законченному случаю отдельно по круглосуточному стационару, и отдельно – по дневному стационару.

2.2.10.На больного, поступающего на лечение в дневной стационар любого типа заводится «Медицинская карта стационарного больного» с маркировкой «дневной стационар» или «стационар на дому». В медицинской карте делаются записи о состоянии больного при назначении лечения, диагностических исследований, а также обобщенные сведения о проведенном лечении и его результатах. Записи в ней производятся за каждый день лечения в дневном стационаре. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей ежедневный врачебный осмотр, консультацию пациента служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

2.2.11. Допускается работа дневного стационара не более, чем в две смены при 8-мичасовом рабочем дне при условии организации предоставления пациентам в каждой смене полного объема диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, предусмотренного для конкретной нозологии.

2.2.12. Оплата за оказанную медицинскую помощь в дневных стационарах в субботу и воскресенье производится только при наличии приказа по медицинскому учреждению, определяющему режим работы данных подразделений в выходные дни.

2.2.13. В случаях оказания медицинской помощи в приемном отделении круглосуточного стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации), а также в случаях оказания консультативно-диагностических услуг, не требующих госпитализации, в диагностических и лечебных отделениях стационара больницы, при условии наблюдения за состоянием здоровья пациентов до 24 часов, единицей объема является посещение.

Для оплаты медицинской помощи применяется соответствующий тариф посещения по неотложной медицинской помощи. Показатели объемов приемного отделения планируются при расчете стоимости задания. Стоимость указанных услуг приемного отделения учитывается в общей стоимости медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в амбулаторных условиях по неотложной медицинской помощи.

2.2.14. Не допускается пересечение сроков стационарного и амбулаторно-поликлинического лечения. Осмотры специалистов, необходимые для диагностики и лечения заболевания в соответствии с утвержденными протоколами и стандартами уже включены в тариф законченного случая.

2.2.15. Руководители медицинских организаций, расположенных в Петропавловск-Камчатском городском округе и Елизовском муниципальном районе, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях, в обязательном порядке организуют информационное взаимодействие со станциями скорой медицинской помощи по поводу идентификации граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, доставленных бригадами скорой медицинской помощи в состоянии, не позволяющем на момент госпитализации произвести их идентификацию (в форме № 114/у «Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему» отсутствуют фамилия, имя, отчество).

Ежемесячно по состоянию на 01 и 15 число текущего месяца медицинская организация, оказывающая стационарную медицинскую помощь, направляет в электронном формате (EXCEL) и на бумажном носителе за подписью главного врача имеющиеся сведения об идентификации граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, доставленных бригадами скорой медицинской помощи в состоянии, не позволяющем на момент госпитализации произвести их идентификацию ([приложение 11](Прил%2011-1-2018_Идентификация.xlsx) к настоящему Соглашению). В сведениях заполняется информация, которой располагает медицинская организация, оказывающая стационарную медицинскую помощь.

2.2.16. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара, стоимость услуг диализа, с учетом их фактического выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. В случае проведения процедур гемодиализа и гемодиафильтрации пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения диализа (далее – МО-заказчик), оплата осуществляется по КСГ, сформированной исходя из классификационных критериев по лечению основного заболевания, с учетом стоимости фактически выполненного количества услуг диализа. Расчеты между МО-заказчиком и медицинской организацией, оказавшей услуги диализа, осуществляются на основании заключенных в порядке межучрежденческих расчетов гражданско-правовых договоров.

Учитывая установленный способ оплаты – за законченный случай лечения, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг диализа в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

При проведении лекарственной терапии в связи с лечением и профилактикой осложнений диализа (эритропоэз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимиметики и др.) оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ». При этом стоимость услуги диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения в полном объёме процедур диализа и проводимого в полном объёме лечения, направленного на профилактику осложнений, помимо процедур диализа.

2.2.17. К законченному случаю лечения в условиях дневного стационара по КСГ ds36.004 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» относится лечение в течение месяца с применением курсовой дозы генно-инженерных биологических препаратов. «Медицинская карта стационарного больного (дневной стационар)» оформляется в установленном порядке, при этом ведение врачом дневника карты производится за каждый день фактического пребывания пациента (введения генно-инженерных биологических препаратов) в дневном стационаре.

# 2.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи – при оказании скорой медицинской помощи (за исключением случаев проведения тромболизиса) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) гражданам, застрахованным в Камчатском крае, в порядке, установленном в соответствии с [приложением 4.1](Прил%204.1-1-2018_Порядок%20оплаты%20скорой.docx) к настоящему Соглашению.

Утвердить Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, в соответствии с [приложением 4.2](Прил%204.2-1-2018_Перечень%20МО%20-%20скорая.docx) к настоящему Соглашению.

2.3.1. Установить, что оплата скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, а также оплата случаев проведения тромболизиса при оказании скорой медицинской помощи гражданам, независимо от территории страхования, осуществляется по тарифу за 1 вызов скорой медицинской помощи в соответствии с пунктом [3.7.1](#тарифы_СМП) настоящего Соглашения.

# 2.4. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, указанных в [приложении 14](Прил%2014-1-2018_Перечень%20МО%20-%20вся%20помощь%20по%20подушевому%20нормативу.docx) к настоящему Соглашению, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в порядке, установленном в соответствии с приложением 15 к настоящему Соглашению.

# 2.5. Установить, что при формировании реестров счетов используются только следующие значения способов оплаты медицинской помощи «IDSP» (по Классификатору способов оплаты медицинской помощи V010):

|  |  |
| --- | --- |
| IDSP | Наименование способа оплаты медицинской помощи |
| 4 | Лечебно-диагностическая процедура |
| 9 | УЕТ в стоматологии |
| 12 | Комплексная услуга центра здоровья |
| 24 | Вызов скорой медицинской помощи |
| 25\* | По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за медицинскую услугу |
| 26 | По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за посещение |
| 27 | По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за обращение (законченный случай) |
| 28 | За медицинскую услугу в поликлинике |
| 29 | За посещение в поликлинике |
| 30 | За обращение (законченный случай) в поликлинике |
| 33 | За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ) в стационарных условиях |
| 36 | По подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи |
| 41\*\* | За посещение в связи с оказанием неотложной помощи |
| 43 | За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ) в дневном стационаре |

\*- применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 14 к настоящему Соглашению;

\*\*- применяется медицинскими организациями за посещения по неотложной помощи в организованных кабинетах неотложной помощи, разовые посещения на дому в связи с оказанием неотложной помощи, при оказании медицинской помощи на станциях (в отделениях) скорой медицинской помощи при самостоятельном обращении граждан, при оказании медицинской помощи в соответствии с пунктом [2.2.1](#мп_в_приемном_отделении_до_24часов)3 настоящего Соглашения.

Применение иных значений способа оплаты не допускается.

# 2.6. Утвердить форму счета для оплаты оказанной медицинской помощи за счет средств ОМС в соответствии с [приложением 5](Прил%205-1-2018_Счет%20основной.xlsx) к настоящему Соглашению.

# 2.7. Установить, что оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, осуществляется по тарифам и способам оплаты, действующим в Камчатском крае на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

# 3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае

# 3.1. Установить, что тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае формируются дифференцированно по уровням медицинских организаций, по видам и условиям оказания медицинской помощи.

Установить, что распределение медицинских организаций по уровням осуществляется в соответствии с [приложением 6](Прил%206-1-2018_Перечень%20уровней%20мед.организаций.docx) к настоящему Соглашению. Выделение медицинских организаций в подуровни в каждом уровне оказания медицинской помощи и установление коэффициента для каждого подуровня (при оказании медицинской помощи в стационарных условиях) осуществлено в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 [№ 158н](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111285/) в составе Правил обязательного медицинского страхования. Для ГБУЗ «Вилючинская городская больница», расположенного на территории ЗАТО г.Вилючинск, коэффициент подуровня оказания медицинской помощи (в стационарных условиях и в условиях дневного стационара) установлен в значении 1,2.

# 3.2. Тариф на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию отражает сумму расходов на заработную плату и начисления на выплаты по оплате труда, прочие выплаты, приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), а также расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока), 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.

3.2.1. В состав тарифа на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежных выплат:

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.2.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию обеспечивают выполнение в 2019 году целевых значений соотношения заработной платы отдельных категорий медицинских работников к средней заработной плате в Камчатском крае (с учетом всех источников, образующих фонд оплаты труда в медицинском учреждении):

­200% – по врачам и иным работникам медицинских учреждений, имеющим высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг),

100% – по среднему медицинскому (фармацевтическому) персоналу (персоналу, обеспечивающему условия для предоставления медицинских услуг),

100% – по младшему медицинскому персоналу (персоналу, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг).

3.2.3. Расходы медицинских учреждений за счет средств обязательного медицинского страхования включают в себя расходы на заработную плату и начисления на выплаты по оплате труда, прочие выплаты, приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инстументария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), а также расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока), 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.

За счет средств обязательного медицинского страхования не могут быть произведены расходы на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, на приобретение оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью 100 000 рублей и более за единицу, на приобретение иных основных средств (за исключением оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 000 рублей за единицу).

Расходование средств в учреждении осуществляется в соответствии с утвержденным планом финансово-хозяйственной деятельности на соответствующий финансовый год в пределах общего объема поступивших в отчетном периоде средств ОМС.

Расходование средств на продукты питания и организацию питания пациентов предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока) осуществляется исходя из норм питания, установленных Приказом Минздрава РФ от 05.08.2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ», письмом Минздрава РФ от 07.04.2004 № 2510/2877-04-32, письмом Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2006 № 15-3/691-04.

3.2.4. В целях предоставления медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи медицинские организации вправе оплачивать за счет средств обязательного медицинского страхования диагностические и (или) консультативные услуги по гражданско-правовым договорам.

Диагностические исследования, осуществляемые с лечебно-диагностической целью в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи при заболеваниях, включенных в Территориальную программу ОМС, подлежат оплате в порядке межучрежденческих расчетов в соответствии с тарифами, установленными заключенными договорами, с учетом законодательства о размещении заказов.

Медицинские организации, являющиеся ИСПОЛНИТЕЛЯМИ по заключенным в порядке межучрежденческих расчетов гражданско-правовым договорам в отношении диагностических и (или) консультативных услуг, отражают доходы, поступившие от оказания соответствующих услуг, в порядке, предусмотренном для доходов по предпринимательской и иной приносящей доход деятельности. Указанные доходы не подлежат зачислению на счет по учету средств обязательного медицинского страхования.

В случае, когда при поступлении пациента на плановую госпитализацию в направлении на госпитализацию и (или) в выписке из медицинской документации отсутствуют результаты отдельных лабораторных, инструментальных и других видов диагностики, подтверждающие установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, и указанная диагностика проводится в период оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, оплата диагностических услуг осуществляется медицинской организацией, направившей пациента на плановую госпитализацию, за счет средств обязательного медицинского страхования по гражданско-правовым договорам в порядке межучрежденческих расчетов.

# 3.3. В целях выполнения стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания, утвердить тарифы на отдельные диагностические услуги, подлежащие оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах объемов соответствующих диагностических услуг, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае:

3.3.1. **с 01.01.2019 года:**

1) тарифы за 1 законченный случай гистологического исследования – 4 476,70 рублей. Установить, что 1 законченный случай гистологического исследования включает в себя исследования всех объектов (материалов), предоставленных по одному направлению одной медицинской организацией на одного пациента по одному коду МКБ-10 в течение 1 месяца;

2) с 01.01.2019 по 28.02.2019 года тариф цитологического исследования – 579,40 рублей;

3) тарифы на диагностические исследования, проводимые ООО «Камчатская неврологическая клиника», в части оказания медицинской помощи при эпилепсии, нарушениях сна и при глиобластоме по направлениям от ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского», ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер», ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница»:

- электроэнцефалография с видеомониторингом (1 час) – 4 247,50 рублей;

- электроэнцефалография с видеомониторингом (4 часа) – 7 656,70 рублей;

- электроэнцефалография с видеомониторингом (8 часов) – 11 554,70 рубля;

- полисомнография – 11 566,70 рублей.

4) тарифы на диагностические исследования методами компьютерной томографии (далее – КТ) и магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ), проводимые ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского», ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер», ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница», ООО «Импульс» и ГБУЗ «Елизовская районная больница» по направлениям от медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях:

- исследования без контрастного усиления – 2 094,80 рубля;

- исследования с контрастным усилением – 7 095,50 рублей.

5) тариф за 1 посещение беременных женщин на ранних сроках беременности (11-13,6 недель) к врачу-эксперту ультразвуковой диагностики на базе межмуниципального кабинета пренатальной диагностики внутриутробных нарушений развития ребенка (ультразвуковое (экспертное) исследование) – 1 124,20 рубля.

3.3.2. Оплата диагностических услуг, указанных в пункте [3.3.1](#диагностические_услуги) настоящего Соглашения, производится страховыми медицинскими организациями на основании предъявленного к оплате счета ([приложение 5](Прил%205-1-2018_Счет%20основной.xlsx)) и реестра счета в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов указанных диагностических услуг следующим медицинским организациям:

- ГБУЗ «Камчатская краевая детская инфекционная больница»;

- ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер»;

- ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского»;

- ООО «Камчатская неврологическая клиника»;

- ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница»;

- ГБУЗ «Елизовская районная больница»;

- ГБУЗ «Камчатский краевой родильный дом»;

- ГБУЗ «Городская больница № 2»;

- ГБУЗ «Мильковская районная больница».

При формировании указанными организациями реестра счета обязательно заполнение кодов целей в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения»:

– «P\_CEL» = 5.1 – при проведении диагностики в рамках обращения по заболеванию в амбулаторных условиях;

– «P\_CEL» = 5.2 – при проведении диагностики в рамках законченного случая в стационарных условиях;

– «P\_CEL» = 5.3 – при проведении диагностики в рамках законченного случая в условиях дневного стационара.

Диагностические услуги, указанные в пункте [3.3.1](#диагностические_услуги) настоящего Соглашения оплачиваются страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом только при условии наличия соответствующего направления медицинского учреждения, осуществляющего деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Направление на ЭЭГ с видеомониторингом и полисомнографию, на КТ и МРТ, ультразвуковое (экспертное) исследование оформляется врачом при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. Проведение экспертного ультразвукового исследования на базе межмуниципальных кабинетов пренатальной диагностики внутриутробных нарушений развития ребенка осуществляется в соответствии с Порядком организации пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка на ранних сроках беременности у беременных женщин в Камчатском крае, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Камчатского края.

Направление на диагностические услуги, указанные в пункте 3.3.1 настоящего Соглашения, может быть оформлено только врачом медицинской организации, в которой отсутствует возможность (отсутствие лаборатории, диагностического оборудования и т.п.) для проведения соответствующих диагностических исследований, при этом направление заполняется по форме в соответствии с [приложением 8](Прил%208-1-2018_Направление%20диагностика.docx) к настоящему Соглашению, подписывается врачом, выдавшим направление, и заверяется подписью заведующего отделением медицинской организации, с обязательным указанием кода МКБ-10. Направление на диагностические исследования методами КТ и МРТ заполняется по форме и в порядке, установленном [приложением 9](Прил%209-1-2018_Порядок%20и%20направление%20КТ,%20МРТ.docx) к настоящему Соглашению.

3.3.3. На базе централизованной клинико-диагностической лаборатории II уровня ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и микробиологической лаборатории ГБУЗ «Камчатская краевая детская инфекционная больница» установить тарифы на лабораторные исследования в соответствии с [приложением 10](Прил%2010-1-2018_СПИД.xls) к настоящему Соглашению.

Установить, что оплата лабораторных исследований, **проведенных при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС на территории Камчатского края,** по направленияммедицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на текущий год, и работающих на территории Камчатского края, осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании предъявленного к оплате счета ([приложение 5](Прил%205-1-2018_Счет%20основной.xlsx)) и реестра счета ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и ГБУЗ «Камчатская краевая детская инфекционная больница» в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов указанных лабораторных исследований.

Оплата страховыми медицинскими организациями лабораторных исследований, проведенных на базе централизованной клинико-диагностической лаборатории II уровня ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и микробиологической лаборатории ГБУЗ «Камчатская краевая детская инфекционная больница» (далее – централизованные лаборатории), осуществляется после проведения контроля страховой медицинской организацией и поступления в страховую медицинскую организацию подписанного акта сверки между медицинскими организациями, направившими на лабораторные исследования, и централизованными лабораториями. Оплата страховыми медицинскими организациями лабораторных исследований осуществляется за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации, направившей на лабораторные исследования, по тому условию оказания медицинской помощи, в рамках которого оформлено направление на лабораторное исследование:

– по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (в части обращений по заболеванию) гражданам, застрахованным в Камчатском крае в соответствующем месяце;

– по подушевому нормативу финансированияна прикрепившихся к медицинской организации лиц, включающему оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи (в части соответствующих условий оказания медицинской помощи) гражданам, застрахованным в Камчатском крае в соответствующем месяце;

– амбулаторной медицинской помощи в части обращений по заболеванию;

– стационарной медицинской помощи;

– медицинской помощи в условиях дневного стационара.

При формировании централизованными лабораториями реестра счета обязательно заполнение кодов целей в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения»:

– «P\_CEL» = 5.1 – при проведении лабораторной диагностики в централизованной лаборатории в рамках обращения по заболеванию в амбулаторных условиях;

– «P\_CEL» = 5.2 – при проведении лабораторной диагностики в централизованной лаборатории в рамках законченного случая в стационарных условиях;

– «P\_CEL» = 5.3 – при проведении лабораторной диагностики в централизованной лаборатории в рамках законченного случая в условиях дневного стационара.

При проведении между медицинскими организациями поименной сверки списков граждан, по которым были оформлены направления медицинской организацией-фондодержателем, и сверки объемов проведенных лабораторных исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг, спорные случаи не могут быть включены в счет и реестр счета централизованных лабораторий до устранения разногласий с медицинской организацией-фондодержателем.

Установить, что централизованные лаборатории направляют в течение 2 рабочих дней в медицинские организации-фондодержатели акты сверки произведенных лабораторных исследований по состоянию на 01 число месяца, следующего за отчетным, по форме в соответствии с [приложением](Прил%208.1-1-2018_Акт%20сверки%20лаб.иссл.docx) 7 к настоящему Соглашению. Акт сверки произведенных лабораторных исследований формируется централизованной лабораторией в электронном виде и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица. Приложением к акту сверки произведенных лабораторных исследований являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления медицинскими организациями-фондодержателями, с указанием объемов проведенных лабораторных исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в формате CSV в соответствии с требованиями, установленными приложением 7.1 к настоящему Соглашению).

Медицинские организации-фондодержатели подписывают акты сверки произведенных лабораторных исследований усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица в течение 2 рабочих дней после получения соответствующих актов сверки с приложением поименных списков, и направляют подписанные акты сверки в электронном виде в страховые медицинские организации и в централизованную лабораторию в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным (за декабрь 2019 года – до 14 января 2020 года).

Оплата лабораторных исследований, произведенных централизованными лабораториями, по направлениям медицинских организаций гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

3.3.3.1. При оказании медицинской помощи и проведении профилактических осмотров населения медицинскими работниками в составе «выездных бригад», организованных в соответствии с Постановлением Правительства Камчатского края от 07.04.2008 № 85-П «Об организации предоставления государственных услуг и государственных функций методом «выездных бригад»», оплата лабораторных исследований осуществляется страховой медицинской организацией исполнителю услуги – медицинской организации, направившей врача в составе «выездной бригады», на основании предъявленного к оплате счета ([приложение 5](Прил%205-1-2018_Счет%20основной.xlsx)) и реестра счета, в порядке, аналогичном предусмотренному абзацами 3-13 пункта 3.3.3 настоящего Соглашения, с последующим уменьшением объема финансирования медицинской организации-фондодержателя по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае, в соответствующем месяце. Обязательное условие для оплаты лабораторных исследований ­в установленном порядке – проведение соответствующих лабораторных исследований на оборудовании медицинской организации, направившей врача в составе «выездной бригады», и с использованием реактивов, химикатов, расходных материалов, предоставленных медицинской организацией, направившей врача в составе «выездной бригады».

3.3.3.2. Установить, что с 01.03.2019 года цитологические исследования на базе ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер» оплачиваются в порядке, предусмотренном пунктом 3.3.3 настоящего Соглашения, по тарифу за 1 цитологическое исследование – 579,40 рублей.

3.3.4. Учитывая, что в стоимости КСГ в рамках оказанной медицинской помощи **в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** уже учтено проведение диагностических исследований методами КТ и МРТ, установить с 01.03.2019 года следующий порядок расчетов за проведенные исследования:

в случаях, когда диагностические исследования методами КТ и МРТ проводятся в ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского», ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер», ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница», ООО «Импульс» и ГБУЗ «Елизовская районная больница» по направлениям от медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, при оказании медицинской помощи в стационарных услових и в условиях дневного стационара **лицам, застрахованным по ОМС на территории Камчатского края**, оплата диагностических исследований осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании предъявленного к оплате счета ([приложение 5](Прил%205-1-2018_Счет%20основной.xlsx)) и реестра счета ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского», ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер», ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница», ООО «Импульс» и ГБУЗ «Елизовская районная больница» в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов указанных диагностических исследований по тарифам, установленным подпунктом 4 пункта 3.3.1 настоящего Соглашения.

Оплата страховыми медицинскими организациями КТ (МРТ) осуществляется после проведения контроля страховой медицинской организацией и поступления в страховую медицинскую организацию подписанного акта сверки между медицинскими организациями, направившими на КТ (МРТ) (далее – МО-фондодержателями), и МО-исполнителями. Оплата страховыми медицинскими организациями КТ (МРТ) за пациентов, находящихся на стационарном лечении или на лечении в условиях дневного стационара осуществляется за счет уменьшения объема финансирования МО-фондодержателя по тому условию оказания медицинской помощи, в рамках которого оформлено направление на исследование:

– стационарной медицинской помощи;

– медицинской помощи в условиях дневного стационара.

При формировании МО-исполнителями реестра счета обязательно заполнение кодов целей в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения»:

– «P\_CEL» = 5.2 – при проведении диагностики в рамках законченного случая в стационарных условиях;

– «P\_CEL» = 5.3 – при проведении диагностики в рамках законченного случая в условиях дневного стационара.

При проведении между медицинскими организациями поименной сверки списков граждан, по которым были оформлены направления МО-фондодержателем, и сверки объемов проведенных КТ (МРТ) исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг, спорные случаи не могут быть включены в счет и реестр счета МО-исполнителя до устранения разногласий с МО-фондодержателем.

Установить, что МО-исполнители направляют в течение 2 рабочих дней в медицинские организации-фондодержатели акты сверки произведенных КТ (МРТ) исследований по состоянию на 01 число месяца, следующего за отчетным, по форме в соответствии с [приложением](Прил%208.1-1-2018_Акт%20сверки%20лаб.иссл.docx) 7 к настоящему Соглашению. Акт сверки произведенных исследований формируется МО-исполнителем в электронном виде и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица. Приложением к акту сверки произведенных исследований являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления медицинскими организациями-фондодержателями, с указанием объемов проведенных исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в формате CSV в соответствии с требованиями, установленными приложением 7.1 к настоящему Соглашению).

Медицинские организации-фондодержатели подписывают акты сверки произведенных КТ (МРТ) исследований усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица в течение 2 рабочих дней после получения соответствующих актов сверки с приложением поименных списков, и направляют подписанные акты сверки в электронном виде в страховые медицинские организации и МО-исполнителю в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным (за декабрь 2019 года – до 14 января 2020 года).

Оплата КТ и МРТ исследований в рамках оказания стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара по направлениям медицинских организаций гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

3.3.5. Медицинские организации, которым решением Комиссии установлены объемы диагностических услуг, заносят в отдельный журнал сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, СНИЛС (при наличии), номер полиса ОМС), а также сведения об учреждении, оформившем направление на диагностику, с указанием кода МКБ-10, и сведения о дате проведения соответствующей диагностики (ПЦР диагностика, гистологическое исследование, цитологическое исследование, бактериологическое исследование, лабораторное исследование в ЦКДЛ II уровня по видам исследований). При проведении ЭЭГ с видеомониторингом и полисомнографии в журнале указываются также сведения о времени начала и времени окончания исследования (часы, минуты), подпись пациента (законного представителя) с расшифровкой, в направлении в обязательном порядке указывается длительность проведения ЭЭГ с видеомониторингом (1 час, 4 часа или 8 часов). При проведении КТ и МРТ в журнале указывается также код оказанной услуги в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 13.10.2017 [№ 804н](http://base.garant.ru/71805302/#block_2) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

**3.3.6.** При проведении телемедицинских врачебных консультаций (консультирование врачей, фельдшеров ФАПов, пациентов) в плановом режиме на территории Камчатского края в порядке, установленном Министерством здравоохранения Камчатского края, в случае проведения указанной консультации в период оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара в медицинской организации, оформившей направление на телемедицинскую консультацию:

услуга «Телемедицинская консультация врача-специалиста», оказанная в соответствии с Порядком оказания телемедицинских врачебных консультаций на территории Камчатского края, утвержденным Министерством здравоохранения Камчатского края, медицинской организацией, имеющей телемедицинский центр для проведения профильных медицинских консультаций (далее – МО-исполнитель) включается в реестр счета и счет ([приложение 5](Прил%205-1-2018_Счет%20основной.xlsx)) на оплату оказанной медицинской помощи МО-исполнителя, предъявляемый в страховые медицинские организации, с указанием кода услуги В01.099.001.

Перечень медицинских организаций, имеющих телемедицинские центры для проведения профильных консультаций, утверждается Министерством здравоохранения Камчатского края.

Установить тариф за услугу по коду В01.099.001 «Телемедицинская консультация врача-специалиста» в размере 715 рублей.

Оплата страховыми медицинскими организациями услуги «Телемедицинская консультация врача-специалиста» осуществляется за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации-фондодержателя (медицинской организации, оформившей заявку на телемедицинскую консультацию) по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи.

При заполнении реестра счета МО-исполнителем обязательно заполнение элемента «NPR\_MO» – код МО, направившей на консультацию.

Оплата телемедицинских консультаций гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

# 3.4. Утвердить с 01.01.2019 года тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 2019 год, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, – 10 922,36 рубля.

Установить, что при формировании тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применялась следующая структура тарифов по направлениям расходования средств по всем уровням медицинских организаций:

1) расходы на заработную плату и начисления на оплату труда – 80,1%;

2) расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, расходы на питание, медицинский инструментарий – 5,9%;

3) прочие статьи расходов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 14%.

Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяется коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинские организации | Коэффициент, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012  №  462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» | Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 1 по средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях  (КД) |
| Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района) | 3,03 | 0,9972 |
| Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа | 3,17 | 1,0432 |
| Медицинские организации, расположенные на территории Алеутского муниципального района | 3,45 | 1,1354 |

При включении в реестры счетов на оплату медицинской помощи случаев оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях обязательно заполнение элемента «P\_CEL», соответствующего цели посещения, в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Наименование кода цели посещения | Примечание |
| 1.0 | Посещение по заболеванию | разовые посещения по заболеваниям |
| 1.1 | Посещениe в неотложной форме |  |
| 1.2 | Aктивное посещение |  |
| 1.3 | Диспансерное наблюдение |  |
| 2.1 | Медицинский осмотр |  |
| 2.2 | Диспансеризация |  |
| 2.3 | Комплексное обследование |  |
| 2.5 | Патронаж |  |
| 2.6 | Посещение по другим обстоятельствам | посещение с профилактической целью, гистологическое исследование, цитологическое исследование, ЭЭГ с видеомониторингом, диагностические исследования методами КТ и МРТ, УЗИ на ранних сроках беременности (11-13,6 недель) |
| 3.0 | Обращение по заболеванию |  |
| 3.1 | Обращение с профилактической целью |  |
| 5.1 | Лабораторная диагностика в ЦКДЛ в рамках обращения по заболеванию в амбулаторных условиях | заполняют медицинские организации, перечисленные в п. 3.3. настоящего Соглашения, при оплате диагностических услуг |
| 5.2 | Лабораторная диагностика в ЦКДЛ в рамках законченного случая в стационарных условиях |
| 5.3 | Лабораторная диагностика в ЦКДЛ в рамках законченного случая в условиях дневного стационара |

3.4.1. **Утвердить тариф за 1 посещение с профилактической целью** по специальностям врачей (в том числе стоматологической помощи) в соответствии с [приложением 1.5](Прил%201.5-1-2018_Тарифы%20по%20амб.помощи.xls) к настоящему Соглашению.

При формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи учитываются следующие особенности:

1) реестр счета и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с порядками, утвержденными Минздравом РФ, формируется в соответствии с Порядком, установленным [приложением 1.6](Прил%201.6-1-2018_Порядок%20диспансеризации.docx) к настоящему Соглашению, по тарифам в соответствии с [приложением 1.7](Прил%201.7-1-2018_Тарифы%20Диспансеризации.xls) к настоящему Соглашению;

2) при включении в реестр счета посещений с профилактической целью в обязательном порядке заполняется элемент «CODE\_USL» в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2017 [№ 804н](http://base.garant.ru/71805302/#block_2) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» по классу медицинской услуги «В» разделу «04»;

3) в электронном формате реестра счета на оплату медицинской помощи для посещений с профилактической целью устанавливается значение элемента «IDSP» «29 – За посещение в поликлинике», для посещения с целью проведения комплексного обследования в Центрах здоровья – «12 – Комплексная услуга центра здоровья»;

4) при включении в реестр счета и счет посещений с профилактической целью по профилю медицинской помощи «Стоматология» единицей объема является посещение. Оплата производится только по тарифу за посещение;

5) при оказании медицинской помощи с профилактической целью указывается код услуги «В04.026.002» для среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием (за исключением зубного врача), для зубного врача – код услуги «B04.065.004».

6) услуги профилактического консультирования по кодам номенклатуры медицинских услуг «В04.070.002», «В04.070.003», «В04.070.004», «В04.070.005», включенные в реестр счета в сведения об оказанной медицинской помощи при диспансеризации, не подлежат учету как посещения с профилактической целью.

7) при проведении диспансерного наблюдения врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом)), фельдшером фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) - в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача (в том числе по проведению диспансерного наблюдения), по поводу заболевания в соответствии с Перечнем, установленным Приложением к Порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденным приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н, в электронном формате реестра счета обязательно заполнение элементов:

– «CODE\_USL» по кодам номенклатуры медицинских услуг: В04.047.001, В04.047.003 или В04.026.001;

– «DN»;

– «P\_CEL» = 1.3 – Диспансерное наблюдение.

8) при включении в электронный формат реестра счета посещений с целью проведения комплексного обследования в центрах здоровья обязательно заполнение элементов:

– «P\_CEL» = 2.3 - Комплексное обследование;

– «CODE\_USL» по коду номенклатуры медицинских услуг «В03.047.002».

Тариф 1 посещения с целью проведения комплексного обследования в Центрах здоровья ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер», ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница» и ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 1» устанавливается в соответствии с [приложением 1.5](Прил%201.5-1-2018_Тарифы%20по%20амб.помощи.xls) к настоящему Соглашению.

Посещение с целью проведения комплексного обследования оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования по каждому застрахованному гражданину, впервые обратившемуся в центр здоровья, 1 раз в отчетном году.

Оплата посещения в центре здоровья с целью проведения комплексного обследования производится по соответствующему тарифу только при условии оказания всех медицинских услуг, входящих в комплексное обследование.

Первичные посещения в Центре здоровья, при проведении которых не были произведены отдельные обследования, обязательные для первичного комплексного обследования, подлежат оплате по тарифам посещения с профилактической целью по соответствующей специальности в соответствии с [приложением 1.5](Прил%201.5-1-2018_Тарифы%20по%20амб.помощи.xls) к настоящему Соглашению.

Оплата посещения в Центре здоровья с целью динамического наблюдения (повторное посещение) производится по тарифам посещения с профилактической целью по соответствующей специальности в соответствии с [приложением 1.5](Прил%201.5-1-2018_Тарифы%20по%20амб.помощи.xls) к настоящему Соглашению.

Врачебный осмотр в Центре здоровья должен быть зафиксирован в «Карте центра здоровья». Отсутствие в карте записей, отражающих комплексное обследование пациента (при первичном обращении), врачебный осмотр (при повторном обращении), служит основанием для отказа в оплате посещения.

3.4.2. **Утвердить тариф за 1 посещение с иными целями** (за исключением стоматологической помощи) по специальностям врачей в соответствии с [приложением 1.5](Прил%201.5-1-2018_Тарифы%20по%20амб.помощи.xls).

Случаи, когда первичное посещение приходилось на предыдущий месяц, а на повторный прием пациент не явился в текущем месяце, включаются в счет и реестр счетов на оплату после завершения текущего месяца с обязательным заполнением элемента «COMENTSL» значением «I», элемента «RSLT» значением «302» - Лечение прервано по инициативе пациента.

Оплата по тарифу за консультативное посещение (в том числе проведенное в форме телемедицинской консультации пациента в соответствии с пунктом [2.1.3](#консультативные) настоящего Соглашения) производится только в случае, если кратность посещений к соответствующему специалисту в медицинских организациях, указанных в пункте [2.1.3](#консультативные) настоящего Соглашения, по поводу заболевания соответствует 1.

В случае назначения консультирующим специалистом повторного посещения (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических исследований и др.), оплата производится по тарифу обращения по поводу заболевания, за исключением оплаты случаев проведения телемедицинской консультации пациента.

3.4.3. **Утвердить тариф за 1 посещение по неотложной медицинской помощи (в том числе стоматологической помощи)** в соответствии с [приложением 1.5](Прил%201.5-1-2018_Тарифы%20по%20амб.помощи.xls).

Указанный тариф применяется:

– при оказании медицинской помощи в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи, созданном в структуре медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь;

– при оказании неотложной медицинской помощи на дому в форме разового посещения;

– при самостоятельном обращении граждан на станцию скорой медицинской помощи или в отделение скорой медицинской помощи, входящее в состав медицинской организации;

– при оказании медицинской помощи в соответствии с пунктом [2.2.1](#мп_в_приемном_отделении_до_24часов)3 настоящего Соглашения в приемном отделении круглосуточного стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации), а также в случаях оказания консультативно-диагностических услуг, не требующих госпитализации, в диагностических и лечебных отделениях стационара больницы.

При формировании реестров счетов на оплату неотложной медицинской помощи в электронном виде значение элемента «IDSP» соответствует значению «41».

При формировании реестров счетов в части оказания медицинской помощи в соответствии с пунктом 2.2.13 настоящего Соглашения значения элементов «DATE\_1» и «DATE\_2», «DATE\_Z\_1» и «DATE\_Z\_2» соответствуют дате выписки пациента из стационара.

3.4.4. **Утвердить тариф за 1 обращение по поводу заболевания** в соответствии с [приложением 1.5.](Прил%201.5-1-2018_Тарифы%20по%20амб.помощи.xls)

3.4.4.1. **При формировании реестров счетов на оплату амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания (за исключением стоматологической), учитываются следующие особенности:**

1) в реестре счета на бумажном носителе в поле «Объемы оказанной медицинской помощи», в электронном формате в значении элемента «ED\_COL» отражается 1 обращение к соответствующему врачу (среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием) по поводу одного заболевания;

2) в электронном формате реестра счета в сведениях об услуге обязательно заполнение элемента «CODE\_USL» на каждое посещение, включенное в обращение по поводу заболевания, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2017 [№ 804н](http://base.garant.ru/71805302/#block_2) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» по классу медицинской услуги «В» разделу «01» и элемента «KOL\_USL», соответствующего количеству посещений пациента. Данные сведения вносятся в реестр для учета количества выполненных посещений по медицинским специальностям и формирования статистических данных;

3) для среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, указываются коды услуги «В01.026.001» и «В01.026.002»;

4) в электронном формате реестра счета на оплату медицинской помощи для обращений по поводу заболеваний устанавливается значение элемента «IDSP» «30 – За обращение (законченный случай) в поликлинике»

**3.4.4.2. Оплата обращений по поводу заболевания в стоматологии.**

**Утвердить классификатор** **основных медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи в амбулаторных условиях**, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) в соответствии с [приложением 1.8.](Прил%201.8-1-2018_Классификатор%20стоматолог%20услуг%20в%20УЕТ.docx)

Установить, что стоимость обращения по поводу заболевания определяется как суммарная стоимость выполненных комплексных медицинских услуг, выраженных в УЕТ.

Установить тарифы комплексных медицинских услуг, определяющих стоимость обращения по поводу заболевания, в соответствии [с приложением 1.5.1](Прил%201.5.1-1-2018_Комплексные%20услуги%20в%20стоматологии.xlsx) к настоящему Соглашению.

Установить тарифы на 1 УЕТ в стоматологии по поводу заболевания с учетом приведенного коэффициента дифференциации субъекта РФ:

1. для медицинских организаций, расположенных на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района) в размере 397,52 рублей;
2. для медицинских организаций, расположенных на территории Корякского округа в размере 415,86 рублей;
3. для медицинских организаций, расположенных на территории Алеутского муниципального района в размере 452,62 рубля.

Установить значение коэффициента КСКПдом для стоматологических поликлиник, расположенных в Петропавловск-Камчатском городском округе, в размере 1,6. Указанный коэффициент применяется к тарифу обращения при оказании стоматологической помощи по поводу заболевания на дому (инвалидам, ветеранам ВОВ и другим категориям граждан), и учитывает затраченное медицинским работником время в пути до места оказания медицинской помощи. В электронном формате реестра счета в сведениях о случае в обязательном порядке заполняется элемент «COMENTSL» значением «D» при применении коэффициента КСКПдом к тарифу за 1 обращение по поводу заболевания.

При формировании реестров счетов на оплату стоматологической медицинской помощи (по поводу заболевания), учитываются следующие особенности:

1. в реестре на бумажном носителе в одной строке отражаются сведения об одном обращении пациента по поводу основного заболевания к профильному врачу-специалисту. В случае оказания в рамках данного обращения стоматологической медицинской помощи по нескольким заболеваниям (в целях формирования реестра счета в части оплаты стоматологической помощи) в качестве основного диагноза используется наиболее затратоемкий диагноз (код МКБ-10). В поле «Объемы оказанной медицинской помощи» указывается общее количество УЕТ при оказании стоматологической медицинской помощи;

2) посещение пациентом смотрового кабинета по коду МКБ-10 Z01.2 (стоматологическое обследование) с последующим лечением у профильного врача-специалиста входит в состав обращения по поводу заболевания и учитывается в общем объеме УЕТ, входящих в соответствующее обращение, с указанием услуги «Прием (осмотр, консультация) … первичный»;

3) в электронной форме реестра для стоматологических обращений по поводу заболеваний устанавливается значение элемента «IDSP» = 9 – УЕТ в стоматологии, значение элемента «P\_CEL» = 3.0 – Обращение по заболеванию;

4) в электронной форме реестра счета в сведениях о случае по одному пациенту в значении элемента «ED\_COL» заполняется общее количество УЕТ по всем посещениям соответствующего пациента по поводу заболевания, включая посещение смотрового кабинета (при наличии). При этом в случаях, когда в рамках обращения одновременно проводилось лечение по нескольким заболеваниям, в реестре счета в сведениях о случае отражается один наиболее затратоемкий диагноз по элементу «DS1».

Случай считается законченным и предъявляется к оплате только при заполнении элемента «DATE OUT». В целях определения длительности законченного случая (обращения по заболеванию) в талоне амбулаторного пациента предусмотреть поле для отметки о необходимости повторного посещения. Элемент «DATE OUT» заполняется при отсутствии в талоне амбулаторного больного (статистическом талоне) отметки о необходимости повторного посещения;

5) в электронной форме реестра счета в сведениях о случае элемент «TARIF» не заполняется, а стоимость обращения по поводу заболевания (значение элемента «SUM\_M) как суммарная стоимость всех оказанных комплексных медицинских услуг, заполненных в сведениях об услуге.

6) в электронной форме реестра счета в сведениях об услуге:

– в части отражения оказанных комплексных медицинских услуг по перечню, утвержденному в разделе 1 таблицы [приложения 1.5.1](Прил%201.5.1-1-2018_Комплексные%20услуги%20в%20стоматологии.xlsx) к настоящему Соглашению, значение элементов «DATE\_IN» и «DATE\_OUT» должно соответствовать дате посещения, отраженного в первичной медицинской документации; значение элемента «DS» соответствует значению элемента «DS1»в сведениях о случае;

– в части отражения оказанных комплексных медицинских услуг по перечню, утвержденному в разделе 2 таблицы [приложения 1.5.1](Прил%201.5.1-1-2018_Комплексные%20услуги%20в%20стоматологии.xlsx) к настоящему Соглашению, значение элементов «DATE\_IN» и «DATE\_OUT» соответствует датам лечения 1 зуба, с заполнением элемента «DS», соответствующего оказанной комплексной медицинской услуге;

– элементы «CODE\_USL», «KOL\_USL» (соответствует количеству УЕТ), «TARIF» заполняются в соответствии с [приложением 1.5.1](Прил%201.5.1-1-2018_Комплексные%20услуги%20в%20стоматологии.xlsx) к настоящему Соглашению.;

– в целях обеспечения учета количества выполненных посещений по медицинским специальностям и формирования статистических данных в электронной форме реестра счета в сведениях об услуге обязательно заполнение элемента «CODE\_USL» на каждое посещение, включенное в обращение по поводу заболевания в стоматологии, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» по классу медицинской услуги «В» разделу «01». Кроме того, в обязательном порядке заполняется значение элемента «COMENTU» в формате N(2), соответствующее количеству посещений пациента. Количество повторных посещений в пределах одного законченного случая отражается в одной строке общим значением. Элементы «TARIF», «KOL\_USL», «SUMV\_USL» заполняются нулевыми значениями.

7) случаи, когда лечение начато в предыдущем месяце, а на повторный прием пациент не явился в текущем месяце, включаются в счет и реестр счета на оплату после завершения текущего месяца с обязательным заполнением элемента «COMENTSL» значением «I», элемента RSLT значением «302» - Лечение прервано по инициативе пациента.

3.4.4.3. **Оплата обращений за медицинской помощью с применением методов диализа в амбулаторных условиях**

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру (сеанс) гемодиализа, гемодиафильтрации и один день перитонеального диализа.

В целях учета объемов учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 процедур диализа или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников с учетом норм, установленных приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», в части установления запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях).

Утвердить тариф за 1 день обмена при перитонеальном диализе – 6 449 рублей.

Утвердить тариф за 1 процедуру гемодиализа – 8 163 рубля.

Утвердить тариф за 1 процедуру гемодиафильтрации – 8 816 рублей.

Установить, что при расчете тарифа на услуги диализа значение средней доли заработной платы принято на уровне 20% для гемодиализа и гемодиафильтрации, 15% – для перитониального диализа.

При формировании в электронной форме реестра счетов на оплату медицинской помощи с применением методов диализа, учитываются следующие особенности:

1) при формировании обращений с применением диализа устанавливается значение элемента «IDSP» «28 – за медицинскую услугу в поликлинике»;

2) в сведениях об услуге элемент «CODE\_USL» заполняется кодами «A18.05.002» при проведении гемодиализа, «А18.05.011» при проведении гемодиафильтрации, для перитонеального диализа указывается код «А18.30.001». Элемент «KOL\_USL» заполняется соответственно количеству выполненных услуг;

3) в сведениях о случае элемент «TARIF» не заполняется, а стоимость обращения по поводу заболевания с применением методов диализа (значение элемента «SUM\_M) определяется как суммарная стоимость всех оказанных услуг, заполненных в сведениях об услуге;

4) в сведениях об услуге обязательно заполнение элемента «CODE\_USL» в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2017 [№ 804н](http://base.garant.ru/71805302/#block_2) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» по классу медицинской услуги «В» разделу «01» по посещениям, включенным в обращение по поводу заболевания и элемента «KOL\_USL», соответствующего количеству посещений пациента. Элементы «TARIF», «SUMV\_USL» не заполняются. Данные сведения вносятся в реестр для учета количества выполненных посещений по медицинским специальностям и формирования статистических данных.

3.4.5. **Утвердить размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи** на один месяц и интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива в соответствии с [приложением 1.4](Прил%201.4-1-2018_Подушевой%20и%20Интегрированный_пол-ка.xlsx) к настоящему Соглашению.

Установить половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, учитывающие различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в зависимости от половозрастной структуры населения, на 2019 год в соответствии с [приложением 1.4.1](Прил%201.4.1-1-2018_Половозрастные%20коэ-ты_пол-ка.xlsx) к настоящему Соглашению.

Утвердить порядок оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае, в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай по поводу заболевания)) в 2019 году в соответствии с [приложением 1.3](Прил%201.3-1-2018_Порядок%20оплаты%20подуш.пол-ка.docx) к настоящему Соглашению.

Установить, что проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи (в том числе с применением дистанционных технологий получения информации о функциональных и биохимических показателях состояния пациента) пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включено в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца.

При формировании реестра на оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за посещение устанавливается значение элемента «IDSP» «26».

При формировании реестра на оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за обращение (законченный случай) устанавливается значение элемента «IDSP» «27».

# 3.5. Утвердить с 01.01.2019 года тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях на 2019 год, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 16 744,81 рубля.

Установить, что при формировании тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, применялась следующая структура тарифов по направлениям расходования средств по всем уровням медицинских организаций:

1) расходы на заработную плату и начисления на оплату труда – 71,4%;

2) расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, расходы на питание, медицинский инструментарий – 12,9%;

3) прочие статьи расходов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 15,7%.

Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, применяется коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинские организации | Коэффициент, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012  №  462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» | Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 2,98 по средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях  (КД) |
| Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района) | 3,03 | 2,7364 |
| Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа | 3,17 | 2,8628 |
| Медицинские организации, расположенные на территории Алеутского муниципального района | 3,45 | 3,1157 |

3.5.1. Утвердить расшифровку КСГ, базовую ставку финансирования стационарной медицинской помощи, коэффициенты относительной затратоемкости по каждой КСГ (Кз), коэффициенты уровня (подуровня) оказания стационарной помощи (Куровня), управленческие коэффициенты (КУ) и стоимость 1 случая госпитализации по КСГ (в том числе прерванного случая) в соответствии с [приложением 2.2](Прил%202.2-1-2018_Тарифы%20стационар%20по%20КСГ.xlsx).

В электронной форме реестра в обязательном порядке заполняются элементы:

«N\_KSG», соответствующий номеру выбранной КСГ;

«KD\_Z» и «KD», соответствующие продолжительности госпитализации в койко-днях;

«KSG\_PG» – признак использования подгруппы;

«VER\_KSG» = 2019;

«KOEF\_Z» – коэффициент затратоемкости;

«KOEF\_UP» – управленческий коэффициент;

«BZTSZ» – значение базовой ставки;

«KOEF\_D» – значение коэффициента дифференциации;

«KOEF\_U» – значение коэффициента уровня/подуровня;

«TARIF» – тариф в соответствии с приложением 2.2 к Соглашению № 1/2019, с учетом примененных коэффициентов КСЛП, с двумя знаками после запятой, с учетом математических правил округления;

«SL\_K» – признак использования КСЛП;

«CODE\_MES2», соответствующий признаку длительности случая со значением «1» – для законченного случая, со значением «2» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, со значением «3» – для прерванного случая длительностью 4 дня и более, со значением «4» – для сверхдлительного госпитализации.

3.5.2. Установить перечень КСГ в соответствии с [приложением 2.6](Прил%202.6-1-2018_Перечень%20КСГ,%20к%20кот.НЕ%20применяются%20ПК.xls) к настоящему Соглашению, к которым:

- не применяется коэффициент уровня (подуровня) стационара;

- не применяются повышающие управленческие коэффициенты;

- не применяются понижающие управленческие коэффициенты.

Медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, применяют коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи ко всем КСГ в условиях круглосуточного стационара.

3.5.3. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по КСГ определяется по следующей формуле:

ССсл = БС\*КД\*Кз\*КУ\*Куровня\*КСЛП, где

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

КД – коэффициент дифференциации;

Кз – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУ – управленческий коэффициент по КСГ;

Куровня – коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, учитывающий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

Региональный перечень применяемых коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) при оплате медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлен в соответствии с приложением 2.7 к настоящему Соглашению.

**КСЛПдет** – коэффициент сложности лечения пациента при необходимости предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет).

Установить значение КСЛПдет в размере 1,1.

**КСЛПдетмп** – коэффициент сложности лечения пациента в связи с необходимостью предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний (показания, обосновывающие необходимость нахождения с ребенком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя, отражаются в первичной медицинской документации врачом приемного отделения или лечащим врачом).

Установить значение КСЛПдетмп в размере 1,1.

**КСЛПпар** – коэффициент сложности лечения пациента при проведении однотипных операций на парных органах (КСЛПпар).

Установить значение КСЛПпар в размере 1,6.

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

|  |  |
| --- | --- |
| A16.03.022.002 | Остеосинтез титановой пластиной |
| A16.03.022.004 | Интрамедуллярный стержневой остеосинтез |
| A16.03.022.005 | Остеосинтез с использованием биодеградируемых материалов |
| A16.03.022.006 | Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез |
| A16.03.024.005 | Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинируемых методов фиксации |
| A16.03.024.007 | Реконструкция кости. Коррегирующая остеотомия при деформации стоп |
| A16.03.024.008 | Реконструкция кости. Коррегирующая остеотомия бедра |
| A16.03.024.009 | Реконструкция кости. Коррегирующая остеотомия голени |
| A16.03.024.010 | Реконструкция кости при ложном суставе бедра |
| A16.03.033.002 | Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации |
| A16.04.014 | Артропластика стопы и пальцев ноги |
| A16.12.006 | Разрез, иссечение и закрытие вен нижней конечности |
| A16.12.006.001 | Удаление поверхностных вен нижней конечности |
| A16.12.006.002 | Подапоневротическая перевязка анастомозов между поверхностными и глубокими венами голени |
| A16.12.006.003 | Диссекция перфорантных вен с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.12.008.001 | Эндартерэктомия каротидная |
| A16.12.008.002 | Эндартерэктомия каротидная с пластикой |
| A16.12.012 | Перевязка и обнажение варикозных вен |
| A16.20.032.007 | Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием |
| A16.20.103 | Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза |
| A16.20.043.001 | Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой |
| A16.20.043.002 | Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой с различными вариантами кожно-мышечных лоскутов |
| A16.20.043.003 | Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники |
| A16.20.043.004 | Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки |
| A16.20.045 | Мастэктомия радикальная подкожная с алломаммопластикой |
| A16.20.047 | Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки различными вариантами кожно-мышечных лоскутов |
| A16.20.048 | Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом |
| A16.20.049.001 | Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием |
| A16.26.011 | Зондирование слезных канальцев, активация слезных точек |
| A16.26.019 | Устранение эпикантуса |
| A16.26.020 | Устранение энтропиона или эктропиона |
| A16.26.021 | Коррекция блефароптоза |
| A16.26.021.001 | Устранение птоза |
| A16.26.023 | Устранение блефароспазма |
| A16.26.079 | Реваскуляризация заднего сегмента глаза |
| A16.26.147 | Ретросклеропломбирование |
| A22.26.004 | Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика |
| A22.26.005 | Лазерная иридэктомия |
| A22.26.006 | Лазергониотрабекулопунктура |
| A22.26.007 | Лазерный трабекулоспазис |
| A22.26.009 | Фокальная лазерная коагуляция глазного дна |
| A22.26.010 | Панретинальная лазерная коагуляция |
| A22.26.019 | Лазерная гониодесцеметопунктура |
| A22.26.023 | Лазерная трабекулопластика |
| A16.26.075 | Склеропластика |
| A16.26.075.001 | Склеропластика с использованием трансплантатов |
| A16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы |
| A16.26.094 | Имплантация интраокулярной линзы |

**КСЛПгеронтологич** – коэффициент сложности лечения пациента при наличии у него старческой астении.

Установить значение КСЛПгеронтологич в размере 1,2.

Применение соответствующего КСЛП возможно только в случае госпитализации на геронтологические профильные койки пациента с основным диагнозом, относящимся к другому профилю (т.е. основной диагноз в реестре счета не R54).

**КСЛПонко –** коэффициент сложности лечения пациента при проведении в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ:

1) сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией;

2) сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;

3) сочетание любого кода лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;

4) сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, и с любым кодом хирургического лечения;

5) выполнение в рамках одной госпитализации двух и более схем лекарственной терапии.

Установить значение КСЛПонко в размере 1,3.

**КСЛПдлит**– коэффициент сложности лечения пациента, учитывающий сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями, устанавливается:

1. в отношении оплаты случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации длительностью 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.

Установить, что значение КСЛПдлит по КСГ определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней по формуле:

КСЛПдлит = 1 + (ФКД – НКД) / НКД \* Кдл, где

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

Кдл – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание и другие расходы (0,4 – для реанимационных отделений, 0,25 – для прочих отделений)

Полученное значение КСКПдлит округляется до двух знаков после запятой, с учетом математических правил округления.

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

КСЛПсумм= КСЛП1+ (КСЛП2-1)+(КСЛПn-1)

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

**КСЛПдети до 1 года** – коэффициент сложности лечения пациента, сязанной с возрастом (госпитализация до 1 года), устанавливается в отношении случаев оказания медицинской помощи новорожденным в отделении (палате) интенсивной терапии акушерских стационаров (отделений).

Установить значение КСЛПдети до 1 года  в размере 1,8 к КСГ «Родоразрешение» и «Кесарево сечение».

Применение соответствующего КСЛП возможно только в случаях оказания медицинской помощи в отделении (палате) интенсивной терапии акушерского стационара (отделения) новорожденным с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций, новорожденным с малой массой тела при рождении, недоношенностью, новорожденным с крайне малой массой тела при рождении, крайней незрелостью, новорожденным с геморрагическими и гемолитическими нарушениями. В электронном формате реестра счета в значении элемента «DS3» заполняется код из справочника МКБ-10, соответствующий основному диагнозу новорожденного.

3.5.4. Установить, что в стоимости КСГ по «Акушерству и гинекологии» учтены расходы на медицинскую помощь новорожденным в медицинской организации (отделении) акушерского профиля, где произошли роды, кроме случаев оказания медицинской помощи, для которых предусмотрено применение КСЛПдети до 1 года.

3.5.5. При оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям по КСГ относящимся к профилю «Неонатология» в электронной форме реестра счета в сведениях о случае в обязательном порядке заполняется значение элемента, соответствующее весу новорожденного: VNOV\_M (если в качестве пациента указана мать) или VNOV\_D (если в качестве пациента указан ребенок).

3.5.6. При оказании медицинской помощи пациентам с установленным диагнозом злокачественного новообразования в медицинских организациях, не оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «Онкология», по поводу патологии, не входящей в группу «Злокачественные новообразования» МКБ-10, оплата осуществляется с учетом следующих особенностей:

– «основным» заболеванием считают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных медицинских ресурсов (т.е. в электронной форме реестра в значении элемента «DS1» отражается диагноз, не относящийся к группе «Злокачественные новообразования», даже в тех случаях, когда лечение проводилось по поводу осложнения онкологических заболеваний);

– оплата осуществляется по КСГ, сформированной исходя из кода диагноза, указанного в значении элемента «DS1», либо исходя из кода Номенклатуры, являющегося основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

– при этом, в обязательном порядке в значении элемента «DS3» отражается диагноз, относящийся к группе «Злокачественные новообразования», установленный в соответствии с медицинской документацией.

3.5.7. 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 Перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС.

Утвердить тарифы на оплату законченных случаев лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с финансовыми нормативами, установленными базовой программой ОМС на 2019 год, с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного для Камчатского края, и доли норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, к которой применяется коэффициент дифференциации, в соответствии с приложением 11 к письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», в соответствии с [приложением 2.3](Прил%202.3-1-2018_Тарифы%20ВМП.xlsx) к настоящему Соглашению.

# 3.6. Утвердить с 01.01.2019 года тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара на 2019 год, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, – 3 511,29 рублей.

Установить, что при формировании тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, применялась следующая структура тарифов по направлениям расходования средств по всем уровням медицинских организаций:

1) расходы на заработную плату и начисления на оплату труда – 62,8%;

2) расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, расходы на питание, медицинский инструментарий – 19%;

3) прочие статьи расходов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 18,2%.

Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, применяется коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинские организации | Коэффициент, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012  №  462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» | Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 2,98 по средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара (КД) |
| Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района) | 3,03 | 2,5473 |
| Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа | 3,17 | 2,6650 |
| Медицинские организации, расположенные на территории Алеутского муниципального района | 3,45 | 2,9004 |
| Медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области | 1,111 | 0,9340 |
| Медицинские организации, расположенные на территории г.Москвы | 1 | 0,8407 |

3.6.1. Установить расшифровку КСГ, базовую ставку финансирования медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, коэффициенты относительной затратоемкости по каждой КСГ (Кз), управленческие коэффициенты (КУ) и стоимость 1 законченного случая лечения в условиях дневного стационара по КСГ (в том числе прерванного случая) в соответствии с [приложением 3.2](Прил%203.2-1-2018_Тарифы%20дневной.xlsx) к настоящему Соглашению;

В электронной форме реестра в сведениях о случае в обязательном порядке заполняется элемент «CODE\_MES2», соответствующий признаку длительности случая со значением «1» – для законченного случая, со значением «2» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, со значением «3» – для прерванного случая длительностью 4 дня и более.

3.6.2. Стоимость одного законченного случая медицинской помощи в дневном стационаре по КСГ определяется по следующей формуле:

ССсл = БС \* Кз \* КД \* КУ\* КСЛП, где

БС – базовая ставка финансирования медицинской помощи в дневных стационарах всех типов;

Кз – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай медицинской помощи в дневном стационаре;

КД – коэффициент дифференциации;

КУ – управленческий коэффициент по КСГ;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, учитывающий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

Региональный перечень применяемых коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) при оплате медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлен в соответствии с приложением 2.7 к настоящему Соглашению.

КСЛПонко – коэффициент сложности лечения пациента при проведении в рамках одного законченного случая в условиях дневного стационара в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ:

1) сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией;

2) сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;

3) сочетание любого кода лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;

4) сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, и с любым кодом хирургического лечения;

5) выполнение в рамках одной госпитализации двух и более схем лекарственной терапии.

Установить значение КСЛПонко в размере 1,3.

3.6.3. При оказании медицинской помощи пациентам с установленным диагнозом злокачественного новообразования в медицинских организациях, не оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «Онкология», по поводу патологии, не входящей в группу «Злокачественные новообразования» МКБ-10, оплата осуществляется с учетом следующих особенностей:

– «основным» заболеванием считают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных медицинских ресурсов (т.е. в электронной форме реестра в значении элемента «DS1» отражается диагноз, не относящийся к группе «Злокачественные новообразования», даже в тех случаях, когда лечение проводилось по поводу осложнения онкологических заболеваний);

– оплата осуществляется по КСГ, сформированной исходя из кода диагноза, указанного в значении элемента «DS1», либо исходя из кода Номенклатуры, являющегося основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

– при этом, в обязательном порядке в значении элемента «DS3» отражается диагноз, относящийся к группе «Злокачественные новообразования», установленный в соответствии с медицинской документацией.

3.6.4. Установить, что при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница» и ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер», при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара по медицинской реабилитации в санаторно-курортных учреждениях, организациях, а также при проведении гемодиализа в медицинских организациях за счет средств обязательного медицинского страхования организуется обеспечение пациентов рациональным питанием.

3.6.5. 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 c 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 КСЛПЭКО1 в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов (полный цикл ЭКО), к КСГ применяется повышающий КСЛПЭКО2 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, т.е. осуществляется размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки, случай госпитализации оплачивается по ds02.005 с применением КСЛПЭКО3 в размере 0,19.

Установление КСЛП к иным сочетаниям этапов, не предусмотренным настоящим Соглашением, с последующей их оплатой не допускается. Тарифы на проведение I и II этапов, а также I, II и III этапов без последующей криоконсервации эмбрионов не предусмотрены настоящим Соглашением, так как проведение этапов в указанных сочетаниях в подавляющем большинстве случаев свидетельствует о некачественном проведении программы ЭКО. В связи с этим, если выполнены I и II этапы или I, II и III этапы без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по тарифу с применением КСЛПЭКО1 для I этапа ЭКО(0,6).

В реестрах на оплату медицинской помощи для случаев ЭКО обязательно указание одного из значений элемента «CODE\_MES2» в диапазоне от «5» до «9», устанавливающего дополнительный критерий, на основании которого определяется необходимый коэффициент КСЛП и рассчитывается стоимость случая по КСГ с учетом КСЛП.

3.6.6. При проведении лекарственной терапии в связи с лечением и профилактикой осложнений диализа (эритропоэз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимиметики и др.) оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ». При этом стоимость услуги диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения.

Установить, что тарифы за 1 процедуру гемодиализа и гемодиафильтрации применяются в размерах, установленных в соответствии с пунктом 3.4.4.3 настоящего Соглашения.

При формировании в электронной форме реестра счетов на оплату медицинской помощи с применением методов диализа, учитываются следующие особенности:

1) значение элемента «IDSP» устанавливается «43 – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ) в дневном стационаре»;

2) в сведениях об услуге элемент «CODE\_USL» заполняется кодами «A18.05.002» при проведении гемодиализа, «А18.05.011» при проведении гемодиафильтрации. Элемент «KOL\_USL» заполняется соответственно количеству выполненных услуг;

3) в сведениях о случае стоимость законченного случая с применением методов диализа (значение элемента «SUM\_M») определяется как суммарная стоимость КСГ и услуг, заполненных в сведениях об услуге.

# 3.7. Утвердить с 01.01.2019 года тарифы на оплату скорой медицинской помощи.

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи на 2019 год, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, – 2 057,21 рублей.

Установить, что при формировании тарифов на оплату скорой медицинской помощи, применялась следующая структура тарифов по направлениям расходования средств по всем уровням медицинских организаций:

1) расходы на заработную плату и начисления на оплату труда – 90,2%;

2) расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, расходы на питание, медицинский инструментарий – 1,8%;

3) прочие статьи расходов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 8%.

Установить, что при оплате скорой медицинской помощи, применяется коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинские организации | Коэффициент, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012  №  462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» | Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 1 по средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате скорой медицинской помощи  (КД) |
| Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района) | 3,03 | 0,9978 |
| Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа | 3,17 | 1,0439 |

3.7.1.Утвердить тарифы за 1 вызов скорой медицинской помощи:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | тариф за 1 вызов скорой медицинской помощи без проведения тромболизиса для врачебной бригады (общепрофильной, интенсивной терапии, специализированной (кардиологической)), в рублях | тариф за 1 вызов скорой медицинской помощи без проведения тромболизиса для фельдшерской бригады, в рублях | тариф за 1 вызов с проведением тромболизиса, в рублях |
| Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района) | 6 599,32 | 4 999,65 | 92 384,75 |
| Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа | 6 904,22 | 5 230,64 | 92 384,75 |

При оказании медицинской помощи с проведением тромболитической терапии в сведениях об услуге для элемента «CODE\_USL» устанавливается значение: «A25.30.036.001 – назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутривенного введения при инфаркте миокарда» в сочетании с кодом услуги, соответствующим осмотру врачом (фельдшером) скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи. Элементы «TARIF», «SUMV\_USL» заполняются нулевыми значениями.

При формировании реестра на оплату по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи устанавливается значение элемента «IDSP» «36».

3.7.2. Утвердить базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, на один месяц, интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, численность обслуживаемых станциями (отделениями) скорой медицинской помощи застрахованных граждан, в соответствии с [приложением 4.3](Прил%204.3-1-2018_Интегр.коэф.%20и%20подуш.норматив.скорая.xlsx) к настоящему Соглашению.

3.7.3. Установить половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, учитывающие различия в уровне затрат на оказание скорой медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения, на 2019 год в соответствии с [приложением 4.3.1](Прил%204.3.1-1-2018_Половозрастные%20коэ-ты_скорая.xls) к настоящему Соглашению.

3.7.4. Утвердить Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной станциями скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций, в 2019 году в соответствии с [приложением 4.1](Прил%204.1-1-2018_Порядок%20оплаты%20скорой.docx) к настоящему Соглашению.

**3.8. Утвердить размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования** на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в соответствии с приложением 16 к настоящему Соглашению.

Утвердить порядок оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) в 2019 году, в соответствии с приложением 15 к настоящему Соглашению.

3.9. Установить, что медицинская помощь, оказанная в период с 01.01.2019 года по 31.01.2019 года включительно, и подлежащая оплате в соответствии с тарифами, установленными пунктом 3.4.4.2 настоящего Соглашения и приложениями 1.4, 1.5, 1.5.1, 2.2, 3.2, 4.3, 16 к настоящему Соглашению, оплачивается с применением к установленным тарифам коэффициента индексации 1,5 с учетом правил математического округления до 2 знаков после запятой.

# 4. 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

Установить, что при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной медицинскими организациями в Камчатском крае, со дня заключения соответствующего дополнительного соглашения к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по форме типового договора, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 [№ 1355н](http://base.garant.ru/70292760/), применяются размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с «Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)», утвержденным [приложением 12](Прил%2012-1-2018_Санкции%20к%20МО.docx) к настоящему Соглашению.

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи с последующим применением санкций к медицинской организации страховые медицинские организации и территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края руководствуются принципом однократного применения мер, предусмотренных [статьей 41](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/f6b433660ddf0f434aec23e9180e5048751162e0/) Федерального закона от 29.11.2010 [№ 326-ФЗ](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Применение санкций в рамках одного законченного случая допускается только по одному основанию с наибольшим размером санкции. В случае, если в рамках одного законченного случая оплачиваются два случая оказания медицинской помощи, санкции применяются только к соответствующему случаю.

Пункт 4.6 «Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов» Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) применяется только в случае отсутствия в первичной медицинской документации информации, подтверждающей факт оказания медицинской помощи, включенной в счет или реестр счетов. Пункт 4.6 «Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов» Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) не применяется в случае отсутствия в первичной медицинской документации информации, подтверждающей факт оказания отдельных услуг в рамках законченного случая, стоимость которого формируется путем суммирования стоимости входящих в него услуг (обращение по заболеванию в стоматологии, диспансеризация определенных групп населения, профилактические медицинские осмотры взрослого населения, а также профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних в соответствии с порядками, утвержденными Минздравом РФ, и т.п.).

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в отношении законченного случая стоимость которого формируется путем суммирования стоимости входящих в него услуг (обращение по заболеванию в стоматологии, диспансеризация определенных групп населения, профилактические медицинские осмотры взрослого населения, а также профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних в соответствии с порядками, утвержденными Минздравом РФ, и т.п.) применение санкций к медицинской организации (за исключением санкций, предусмотренных пунктом 4.6 «Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов») допускается исходя из стоимости услуги, по которой выявлено нарушение, с учетом принципа однократного применения мер.

# 5. Заключительные положения.

5.1. При заполнении реестров счетов на бумажном носителе и в электронном виде используются форматы, структура записей и справочники, утвержденные приказом ФФОМС от 07.04.2011 г. № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС».

5.2. Установить, что действие настоящего Соглашения распространяется на правоотношения, возникающие при оплате медицинской помощи, оказанной с

