

**Тарифное соглашение  
в системе обязательного медицинского страхования  
Белгородской области**

г. Белгород  
года

«18» января 2017

**I. Общие положения**

Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области (далее – **Департамент**) в лице заместителя Губернатора Белгородской области Зубаревой Наталии Николаевны, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области (далее – **Фонд**) в лице директора **Калашникова Николая Михайловича**, Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») (далее – **СМО**) в лице и.о. директора филиала АО «МАКС-М» в городе Белгороде **Землянских Анны Васильевны**, Медицинская страховая компания «ИНКО-МЕД» (далее – **МСК**), в лице заместителя генерального директора – директора Белгородского филиала ООО «МСК «ИНКО-МЕД» Гапеева Александра Григорьевича, Ассоциация врачей Белгородской области (далее – **Ассоциация**) в лице председателя **Жарко Анны Георгиевны**, Областной комитет профсоюзов работников здравоохранения (далее – **Профсоюз**) в лице председателя **Ветковой Людмилы Андриановны**, именуемые в дальнейшем Сторонами, руководствуясь Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 года № 1403 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2017 год, утвержденной постановлением правительства Белгородской области от 16 января 2017 года №12-пп (далее – **Программа**), Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 г. №158н, действующими правовыми актами об оплате медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования (далее – **ОМС**), заключили настоящее тарифное соглашение в системе ОМС Белгородской области (далее - **ТС**) о нижеследующем:

**Основные понятия и определения, предмет, сфера действия ТС**

Для целей реализации настоящего тарифного соглашения устанавливаются следующие основные понятия и определения.

**Случай госпитализации** - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется

ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

**Клинико-профильная группа (КПГ)** – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

**Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ)** - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-емкости и поправочных коэффициентов.

**Базовая ставка (БС)** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, а также с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения).

**Коэффициент относительной затратно-емкости (КЗ)** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент затратно-емкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратно-емкости к базовой ставке.

**Поправочные коэффициенты** - устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

**Управленческий коэффициент** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

**Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами.

**Коэффициент сложности лечения пациентов** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

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

**Оплата медицинской помощи за услугу** - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг.

## **II. Способы оплаты медицинской помощи**

Оплата медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, осуществляется в соответствии со следующими способами оплаты медицинской помощи:

1. **В амбулаторно-поликлинических 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).

Подушевые нормативы для определения объемов финансовых средств устанавливаются для медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепленное население (приложение №1).

Подушевые нормативы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях устанавливаются по половозрастным группам (приложение № 2) и включают расходы на оказание амбулаторной помощи по всем профилям, за исключением стоматологического, а также:

- неотложной медицинской помощи;
- медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья;
- услуг гемодиализа (перитонеального диализа);
- амбулаторной хирургии, оказываемой специализированными офтальмологическими центрами;
- диспансеризации взрослого населения 1 этапа, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную семью, профилактические осмотры взрослого населения;
- комплексного обследования пациентов с трансплантированными органами и (или) тканями (приложение №3);

– законченного случая медицинской помощи в фазе реабилитации (приложение №4);

– дистанционного диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития (приложение №38).

Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения (приложение №5), а так же не включенной в подушевой норматив, осуществляется за услуги, посещение, обращение (законченный случай).

2. **В условиях скорой медицинской помощи**, оказанной вне медицинской организации – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Подушевой норматив для определения объемов финансовых средств на оказание скорой медицинской помощи рассчитывается на одно застрахованное лицо по половозрастным группам (приложение №2) для медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (приложение №6) в пределах средств, определенных Программой для оплаты скорой медицинской помощи. Расходы на проведение тромболитической терапии не включаются в подушевой норматив, оплата осуществляется за вызов скорой медицинской помощи по тарифам (приложение №7).

3. Численность и половозрастной состав застрахованного населения для расчета подушевых нормативов в амбулаторных условиях и условиях скорой медицинской помощи принимается в соответствии с актом сверки численности застрахованного населения между ТФОМС и СМО по состоянию на 01 апреля года, предшествующего планируемому.

При определении объема финансирования Организации к подушевым нормативам применяются коэффициенты дифференциации, устанавливаемые ТС (приложения №8,9).

#### 4. **В условиях круглосуточного и дневного стационаров**

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

– за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа. К прерванным, также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно.

Исключение составляют:

– заболевания, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского

страхования, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

– процедуры диализа, включающие различные методы (оплата осуществляется за услугу дополнительно к оплате по соответствующей КСГ), при этом учитываются услуги, выполненные пациенту в течение всего периода его нахождения в стационаре.

Базовые ставки устанавливаются отдельно для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара, являются едиными для всех Организаций и включают расходы по основной нозологической группе, в том числе на реанимационные услуги, анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические исследования, консультации специалистов (в т.ч. внешние), другие медицинские услуги параклинических подразделений.

Базовые ставки определяются исходя из следующих параметров:

– общего объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (дневного стационара) по нормативам, установленным Программой;

– числа случаев госпитализации в круглосуточные стационары (дневные стационары) всех медицинских организаций.

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в том числе в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (КПГ), из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ или КПГ;

- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

Корректировка базовых ставок возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

5. Стоматологическая помощь – за обращение, за посещение с учетом выполненных условных единиц трудоемкости (УЕТ).

6. Подушевые нормативы, тарифы и базовая ставка рассчитываются Департаментом и с учетом определенных Программой нормативов, рассматриваются Комиссией и утверждаются в установленном порядке.

СМО при оплате счетов Организации за оказанные медицинские услуги руководствуется показателями, определенными в договорах на оказание и оплату медицинской помощи в системе ОМС (далее – Договора):

- числом пролеченных пациентов в условиях круглосуточного (дневного) стационара;
- численностью прикрепленного застрахованного населения;
- количеством обращений по поводу заболеваний, посещений с профилактической целью, неотложной помощью;
- условными единицами трудоемкости стоматологической помощи;
- числом вызовов скорой медицинской помощи вне медицинской организации;
- результатами всех видов контроля (МЭК, МЭЭ, ЭКМП) сроков, объемов, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводимых СМО, и применения санкций к Организациям за нарушения, выявленные в ходе контроля.

### **Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров.**

Оплата специализированной медицинской помощи, за счет средств системы обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, производится не выше 100% согласованного количества случаев госпитализации в расчете на квартал в целом по Организации.

Оплата высокотехнологичной помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях, производится не выше 100% количества случаев госпитализации, утвержденных приказом департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области в расчете на год в целом по Организации.

Оплата специализированной медицинской помощи осуществляется по системе КСГ заболеваний, на основе экономических параметров в соответствии с алгоритмом расчета (приложения №10,11):

- базовая ставка (БС);
- коэффициент относительной затратноемкости (КЗ) (приложение №№12,13);
- **поправочные коэффициенты:**
  - а) коэффициент управления (УК) (приложение №12,13);
  - б) коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) в условиях круглосуточного и дневного стационаров (приложение №14,25);
  - в) коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП).

Оплата медицинской помощи осуществляется по стоимости случая лечения, входящего в соответствующую КСГ.

Перечень КСГ, к которым не применяются поправочные коэффициенты (КУС и УК) при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара определены приложением №15.

КСГ подразделяются на хирургические и терапевтические группы, где в качестве основных критериев группировки используются код диагноза в

соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ 10) и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (услуги) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н (в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2013 года № 794н).

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ используются следующие признаки:

- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);

- код вторичного диагноза;

- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);

- пол;

- возраст;

- длительность пребывания в стационаре.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется инструкцией по группировке случаев в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», разработанными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

В случае если при оказании медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по хирургической клинко-статистической группе заболеваний.

Для хирургических групп (признак операции присутствует) отнесение случая к хирургической группе осуществляется по коду Номенклатуры основной операции.

Если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по клинко-статистической группе заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратно-емкости.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение, а затратно-емкость хирургической группы, к которой был отнесен данный случай меньше затратно-емкости терапевтической группы, к которой его можно отнести в соответствии с кодом МКБ–10, оплата осуществляется по терапевтической группе за исключением прерванных (сверхкоротких) случаев оказания медицинской помощи (длительностью 3 дня и менее) (приложение №16).

В том случае, если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической клинко-статистической группе заболеваний.

Отнесение случая лечения к той или иной терапевтической КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

Прерванные случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее трех дней включительно:

– терапевтического профиля подлежат оплате в размере 50% от стоимости заболевания по соответствующей терапевтической клинико-статистической группе, за исключением случаев оказания медицинской помощи, относящихся к случаям сверхкороткого пребывания;

– хирургического профиля – если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплата осуществляется в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной) в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а так же при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания оплачиваются в размере 100% по соответствующим КСГ. При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, к оплате медицинскими организациями предъявляется случай лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом.

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением в случае пребывания в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более оплата осуществляется по двум КСГ : 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 4 «Родоразрешение», а также 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 5 «Кесарево сечение» .

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

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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



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

КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» предьявляется к оплате только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

При выполнении операции кесарева сечения (А16.20.005 Кесарево сечение) случай относится к КСГ 5 вне зависимости от диагноза.

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ 14 или 15 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) (приложение №20), применяется в следующих случаях:

– проведение сочетанных хирургических вмешательств (приложение №17);

– проведение однотипных операций на парных органах (приложение №18)

– оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней (приложение № 19). Значение КСЛП определяется в зависимости от проведенных дней лечения.

– проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящегося к различным КСГ.

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.

Высокотехнологичная медицинская помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств ОМС, оплачиваются в соответствии с финансовыми нормативами (приложение №21). В случае, если модель пациента отличается от установленной в Программе, то указанный случай лечения оплачивается в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, определенной по коду выполненного метода лечения.

При оплате услуг дневных стационаров день поступления и день выписки считаются двумя днями (за исключением случаев пребывания больных в дневных стационарах в течение одного календарного дня). Стоимость законченного случая лечения учитывает оказание медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

Оплата вспомогательных репродуктивных технологий осуществляется за законченный случай оказания помощи в условиях дневного стационара по соответствующей КСГ. Случай считается законченным при прохождении пациентом всех этапов с момента обращения и включается в реестры на оплату медицинской помощи после его завершения. Оплата прерванных случаев осуществляется за фактически выполненные этапы.

При проведении услуг гемодиализа (перитонеального диализа) в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. В период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

### **Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением стоматологической помощи).**

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется:

– **по подушевым нормативам на прикрепленное население**, в пределах годовых объемов и средств, полученных Организацией по подушевым нормативам с учетом коэффициентов дифференциации, в соответствии с актами согласования численности застрахованных граждан, прикрепленных к Организации, и объемов финансирования медицинской организации между СМО и Организацией по состоянию на 1-е число отчетного месяца (далее – **Акт**) в соответствии с алгоритмом расчета (приложение №22).

При этом в реестры счетов на оплату медицинской помощи включаются все единицы объема с указанием размеров установленного тарифа. В случае превышения стоимости медицинской помощи, оказанной в отчетном месяце профильными специалистами населению, прикрепленному к Организации, над доходами, полученными данным подразделением исходя из численности прикрепленного населения, оплате подлежат фактически предъявленные услуги. Сумма превышения учитывается при формировании счетов в следующем месяце.

– **за единицу услуги, посещение, законченный случай лечения** (приложения №23,24,26,27,28,29,30) оплачивается медицинская помощь, не включенная в подушевой норматив, в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, а так же оказанная прикрепленному населению, включая предварительные, периодические медицинские осмотры несовершеннолетних, амбулаторную медицинскую помощь (обращение в связи с заболеванием, врачебное посещение по неотложной медицинской помощи, врачебное посещение с профилактическими и иными целями).

– **оплата за медицинскую помощь, оказанную неприкрепленному населению**, производится за фактические объемы (посещения, обращения, диагностические услуги) на основе шкал единых тарифов (приложение №30) в соответствии с алгоритмом расчета (приложение №22). Источником оплаты услуг неприкрепленному населению являются средства, полученные по подушевым нормативам медицинской организацией, к которому прикреплен гражданин. Взаиморасчеты между медицинскими организациями за услуги неприкрепленным гражданам осуществляют страховые медицинские организации.

– **оплата за медицинскую помощь, оказанную всем категориям застрахованных по ОМС, не включенную в подушевой норматив**, – на основе шкал единых тарифов в соответствии с алгоритмом расчета в пределах утвержденных годовых объемов.

Обращение к врачу-специалисту по поводу заболевания (законченный случай лечения) включается в реестры по завершению случая амбулаторного лечения пациента.

Посещениями врача-специалиста с профилактическими и иными целями считаются однократные посещения Организации за получением медицинской помощи: разовые посещения по поводу заболевания, консультации, связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию в дневной стационар и другое).

За услугу оплачивается медицинская помощь при проведении сеансов гемодиализа (перитонеального диализа), амбулаторной хирургии, оказываемая специализированными офтальмологическими центрами, диагностические услуги МРТ, СКТ, КТ, радиоизотопные исследования, услуги позитронно-эмиссионного томографа, лабораторные услуги, выполняемые централизованными лабораториями, услуги по дистанционному диспансерному наблюдению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития.

Услуги гемодиализа (перитонеального диализа), позитронно-эмиссионного томографа оплачиваются по тарифам (приложение №31) за фактически выполненные объемы в пределах установленных годовых объемов по медицинским организациям.

Диагностические услуги (по направлению Организаций, работающих в системе ОМС), амбулаторной хирургии, оказываемой специализированными офтальмологическими центрами, оплачиваются по тарифам (приложение №№31,32) в пределах объемов, установленных Комиссией на квартал.

Лабораторные услуги, выполняемые централизованными лабораториями по направлениям медицинских организаций, работающих в системе ОМС (приложение №33), оплачиваются за фактически выполненные объемы. Источником оплаты услуг являются средства, полученные медицинскими организациями, направившими на обследование. Взаиморасчеты между медицинскими организациями за оказанные услуги осуществляют страховые медицинские организации.

Медицинские услуги, оказанные лицам в центрах здоровья, оплачиваются на основе шкалы тарифов в соответствии с алгоритмом расчета (приложение №34,35,22) за проведенные комплексные обследования, обследования с целью динамического наблюдения.

Оплата комплексного обследования впервые обратившихся взрослых в отчетном году осуществляется при обязательном выполнении услуг: 601002, 602001, 602002, 602004, 602006, 602010, 602012, 602016, 602018, 6170165, услуги с кодами: 602003 – проводятся всем обратившимся старше 30 лет, 602005 – при наличии показаний, 602017 – при наличии показаний и согласия пациента.

Оплата комплексного обследования в центрах здоровья впервые обратившихся детей в отчетном году осуществляется при обязательном выполнении услуг 601002, 602001, 602002, 602004, 602006, 6170165.

В тарифе комплексного обследования предусмотрены компенсационные затраты на проведение услуг школ здоровья и групп лечебной физкультуры.

Оплата обследования с целью динамического наблюдения производится по тарифу динамического наблюдения, включающего осмотр врача центра здоровья и услуги, требующей динамического наблюдения из перечня обязательных услуг. Динамическое наблюдение не осуществляется в день проведения комплексного обследования.

Оплата законченного случая – комплексного обследования в рамках 1 этапа диспансеризации взрослого населения, а так же профилактических медицинских осмотров взрослого населения, за исключением определенных групп граждан, подлежащих диспансеризации осуществляется в соответствии со стоимостью комплексного обследования проведения диспансеризации по возрастным группам (приложение №№23,26).

В случае если общий объем выполненных в рамках диспансеризации исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается как завершенный случай.

Оплата законченного случая – комплексного обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную семью, а так же медицинских осмотров – при обучении несовершеннолетних в общеобразовательных учреждениях (периодические медицинские осмотры) осуществляется в соответствии с приложениями №№24,27,28,29.

Оплата обследования пациентов с трансплантированными органами производится за комплексную услугу в соответствии с приложением №3.

### **Оплата стоматологической помощи.**

При оплате стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема считается посещение, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых рассчитывается с учетом

содержащихся в них количества УЕТ в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (приложение №39).

Стоматологическая помощь оплачивается в пределах объёмов, установленных Комиссией на квартал (до достижения одного из показателей – посещения, обращения, УЕТ) на основе шкалы единых тарифов в соответствии с алгоритмом расчета (приложение №22).

### **Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации.**

Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной застрахованным гражданам Белгородской области, осуществляется по душевным нормативам с учетом коэффициентов дифференциации, установленных ТС (приложение №9) в пределах годовых объемов в соответствии с алгоритмом расчетов (приложение №36).

Оплата случаев проведения тромболитической терапии производится за фактически выполненные вызовы, по стоимости одного вызова. В случае превышения числа фактически выполненных вызовов с проведением тромболитической терапии над плановым значением, Комиссией производится корректировка коэффициентов дифференциации душевых нормативов.

Реестры счетов за оказанную медицинскую помощь формируются за фактически выполненные вызовы по стоимости одного вызова (приложение №7), по видам специализации выезжающих бригад в соответствии с алгоритмом расчета (приложение №36), за исключением вызовов с проведением тромболитической терапии.

При оказании скорой медицинской помощи лицам за пределами территории страхования оплата производится территориальным фондом ОМС по тарифам за вызов.

### **Не оплата или неполная оплата услуг.**

Неоплата или неполная оплата медицинских услуг, а также взыскание с медицинской организацией штрафов за ненадлежащее исполнение обязательств, неказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества осуществляются Фондом и (или) СМО по результатам проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (МЭК, МЭЭ и ЭКМП) в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение №37).

При расчёте СМО размера финансовых санкций, применяемых к Организации по результатам проведения МЭЭ и ЭКМП, оказанной врачами - терапевтами участковыми, врачами - педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), применяется стоимость посещения, обращения, специалистами скорой медицинской помощи – стоимость вызова, утвержденные ТС.

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

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы, включают расходы на:

– заработную плату – в соответствии с постановлениями, распоряжениями Правительства Российской Федерации и Правительства Белгородской области, регулируемыми вопросы оплаты труда работников здравоохранения. В тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, предусматривающих рост заработной платы в соответствии с индикаторами программы развития здравоохранения и «дорожной карты»;

– начисления на оплату труда;

– прочие выплаты, за исключением выплат на оздоровление сотрудников;

– приобретение медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения для оказания скорой, неотложной и стационарной медицинской помощи и в условиях дневных стационаров, предусмотренным Программой, используемых при оказании медицинских услуг в системе ОМС, мягкого инвентаря и продуктов питания – в соответствии с нормами потребления;

– оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества (за исключением капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения), расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников Организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу и прочих материальных запасов в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона;

– оплату услуг по договорам за:

а) организацию питания предприятиями общественного питания при отсутствии или временном закрытии своего пищеблока;

б) консультативную и иную помощь, оказанную врачами сторонних Организаций в рамках Программы;

в) расходы на оплату медицинских услуг по договорам со сторонними Организациями;

г) лабораторные, инструментальные и диагностические исследования, производимые другими Организациями (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования).

Оплата выполненных организациями работ и услуг (межучереденческие расчеты) производится по тарифам, определенным ТС на основании заключенных между ними договоров. Лабораторные услуги (по направлению Организаций, работающих в системе ОМС), оказанные Организациями, включенными в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС, за исключением выполненных централизованными лабораториями оплачиваются по тарифам (приложение №38).

В случае заключения договора с Организациями, не участвующими в реализации Программы, оплата производится по ценам, определяемым Департаментом.

Тарифы на проведение заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа включают расходы на приобретение расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

Финансовые нормативы предусматривают компенсацию расходов на содержание административно-управленческого и младшего медицинского персонала Организации в части, относящейся к деятельности по ОМС, а также расходов на обеспечение деятельности Организации в соответствии с п. 3.1.5 настоящего ТС.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год составляет в условиях:

- круглосуточного стационара – 4183,1 рубля;
- дневного стационара – 715,8 рубля;
- амбулаторно-поликлинической помощи – 3319,3 рубля;
- скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 545,9 рубля.

#### **IV. Заключительные положения**

Департамент, Фонд, Организации, СМО ежегодно согласовывают и по необходимости пересматривают годовые объемы медицинской помощи, оказываемые в рамках Программы.

Корректировка объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, может осуществляться Комиссией ежемесячно, но не реже одного раза в квартал на основе предложений:

а) медицинских организаций с указанием причин, которыми могут являться:

- изменение численности прикрепленных застрахованных лиц, выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи;

- изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, в том числе по причине закрытия медицинских организаций (структурных подразделений), подтвержденное приказами (распоряжениями) департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области;

- рост инфекционной заболеваемости, чрезвычайные происшествия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия и т.п., по причине которых резко изменяется объем оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи;

- реорганизация или изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, врачебных приемов, увеличение коечного фонда);

- подтвержденное соответствующими правовыми актами получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, ранее не заявленной при формировании предложений по объемам предоставления медицинской помощи, и другие причины;

б) страховых медицинских организаций с указанием причин, которыми могут являться существенное изменение численности застрахованных лиц по полу и возрасту, повышенная заболеваемость и другие причины;

в) территориального фонда по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

г) департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области.

Объемы медицинской помощи корректируются решением Комиссии после предоставления соответствующего обоснования.

ТС вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2017 года, и действует до принятия нового.

ТС может быть изменено или дополнено по взаимному согласию всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью ТС с момента их подписания Сторонами.

Стороны принимают на себя обязательства строго выполнять ТС.

ДЕПАРТАМЕНТ:

Н.Н. Зубарева

ФОНД:

Н.М. Калашников

ПРОФСОЮЗ:

Л.А. Веткова

АССОЦИАЦИЯ:

А. Г. Жарко

СМО:

А.В. Земляных

МСК:

А.Г. Гапеев