Тарифное соглашение

в системе обязательного медицинского страхования

на территории Мурманской области

на 2018 год

*(в редакции от 25.01.2018, от 12.02.2018, от 19.04.2018, от 01.08.2018)*

г. Мурманск 15.12.2017

**Министерство здравоохранения Мурманской области** в лице министра здравоохранения Перетрухина В.Г., **Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области** в лице директора Акульчева В.А., **представители страховых медицинских организаций**  в лице директора Мурманского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» Черняковой И.В.,директора Мурманского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Кондратьевой З.В., **представитель профессиональных союзов медицинских работников** в лице члена Президиума Мурманской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Андреева С.В., в дальнейшем совместно именуемые Стороны, в соответствии с пунктом 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области на 2018 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. **Предмет соглашения**
2. Настоящим Тарифным соглашением Стороны устанавливают:
   1. Порядок оплаты в 2018 году медицинской помощи на территории Мурманской области по Территориальной программе обязательного медицинского страхования.
   2. Тарифы на оплату медицинской помощи на территории Мурманской области по Территориальной программе обязательного медицинского страхования (далее – тарифы на оплату медицинской помощи), их структуру и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы обязательного медицинского страхования.
   3. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеры применяемых санкций.
3. **Общие положения**
4. Правовую основу настоящего Тарифного соглашения составляют следующие нормативные правовые акты и иные документы, в том числе методические рекомендации:
   * Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
   * Федеральный [закон](consultantplus://offline/main?base=MED;n=42556;fld=134) от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
   * [Правила](consultantplus://offline/main?base=MED;n=43396;fld=134;dst=100009) обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н;
   * Постановление Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 года № 1495 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
   * Типовой [договор](consultantplus://offline/main?base=MED;n=40581;fld=134;dst=100010) на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 №1355н;
   * Типовой [договор](consultantplus://offline/main?base=MED;n=40661;fld=134;dst=100010) о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н;
   * Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
   * Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
   * Закон Мурманской области от 22.12.2017 № 2213-01-ЗМО «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Мурманской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
   * Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 декабря 2017г. № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
   * Методические [рекомендации](consultantplus://offline/ref=7EE7FF072475008827E5CD235EAB2A023AC46F5778F7801BBA5B764910E394CDED66A545B11ED772bDK) по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные письмами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080 / 13572/26-2/и (далее – Методические рекомендации).
5. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные определения, термины и сокращения:
   * базовая программа обязательного медицинского страхования (БПОМС) – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования[[1]](#footnote-1);
   * внешние обращения – простые и комплексные медицинские услуги, расходы на проведение которых включены в структуру подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанные застрахованным лицам в медицинской организации не по месту прикрепления (в том числе медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам, не имеющим прикрепления) как по направлению лечащего врача, так и при самостоятельном обращении в медицинскую организацию в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;
   * Закон об ОМС – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
   * 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[[2]](#footnote-2);
   * законченный случай лечения заболевания в стационаре (дневном стационаре) – совокупность медицинских услуг при оказании медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре (дневном стационаре) в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией[[3]](#footnote-3). При оказании медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий под законченным случаем лечения заболевания понимается процедура экстракорпорального оплодотворения, завершенная переносом эмбриона[[4]](#footnote-4);
   * застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии со статьей 10 Закона об ОМС;
   * 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)[[5]](#footnote-5);
   * клинико-профильная группа (КПГ) – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи[[6]](#footnote-6);
   * Комиссия – комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования[[7]](#footnote-7);
   * лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения[[8]](#footnote-8);
   * медицинская организация – организация любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы либо индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в соответствии с Законом об ОМС в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;
   * Номенклатура медицинских услуг – номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Минздрава России от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
   * Правила ОМС – [Правила](consultantplus://offline/main?base=MED;n=43396;fld=134;dst=100009) обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н;
   * прерванный случай лечения заболевания в стационаре (дневном стационаре) – совокупность медицинских услуг при оказании медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре (дневном стационаре) в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, от момента поступления до преждевременного выбытия (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, самовольном прерывании лечения пациентом, прерывании лечения по инициативе медицинской организации, летальном исходе), подтвержденного первичной медицинской документацией;
   * прикрепление – закрепление застрахованного лица за медицинской организацией по территориально-участковому принципу либо на основании выбора застрахованным лицом медицинской организации в порядке, установленном статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для получения первичной медико-санитарной помощи;
   * прикрепившиеся лица – лица, имеющие прикрепление к данной медицинской организации;
   * Программа – Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год, утвержденная Правительством Российской Федерации;
   * Рабочая группа – рабочая группа по объемам медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области[[9]](#footnote-9);
   * страховая медицинская организация (СМО) – страховая организация, имеющая лицензию на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке, включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;
   * Территориальная программа обязательного медицинского страхования (ТПОМС) – составная часть Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Мурманской области на 2018 год, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Мурманской области;
   * ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области;
   * услуги сторонних организаций – простые и комплексные медицинские услуги, оказываемые по направлению лечащего врача медицинской организации, выступающей в роли заказчика медицинской услуги, в иной медицинской организации, выступающей в роли исполнителя медицинской услуги, подлежащие оплате в порядке централизованных взаиморасчетов между медицинскими организациями (приложение № 5.2 к настоящему Тарифному соглашению);
   * ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
6. Перечень принятых по тексту настоящего Тарифного соглашения и приложений к нему сокращений наименований медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС, приведен в приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.
7. **Способы оплаты медицинской помощи по ТПОМС.**
8. При реализации ТПОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи[[10]](#footnote-10):
   1. По страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

* + по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);
  + за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

* + 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;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

* + 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;

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.
  1. По страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

* + за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

* + за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

* + за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний.

1. Оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии с принятыми в ТПОМС способами оплаты медицинской помощи на основании принятых к оплате [реестров](consultantplus://offline/ref=6C222BEBA053F211AB52DED1E0BE2FBF44B65BEBC342CA856B211B3DA83070DE09516F81479A44V6JDG) счетов и [счетов](consultantplus://offline/ref=6C222BEBA053F211AB52DED1E0BE2FBF44B65BEBC342CA856B211B3DA83070DE09516F81479A48V6J6G) на оплату медицинской помощи в пределах объемов и стоимости медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

Решение Комиссии о выделенных медицинской организации объемах медицинской помощи и финансовых средствах на ее оказание оформляется в форме планового задания по объемам и стоимости медицинской помощи (приложение № 2 к настоящему Тарифному соглашению). Плановое задание заверяется печатью ТФОМС и доводится до сведения медицинских организаций.

Медико-экономический контроль (МЭК) в части выполнения медицинской организацией планового задания по стоимости медицинской помощи осуществляется раздельно по каждой позиции планового задания и источнику финансового обеспечения ТПОМС нарастающим итогом с начала года. Средства, ранее удержанные с объема финансирования медицинской организации в связи с превышением планового задания по стоимости медицинской помощи, подлежащие восстановлению в расчетном периоде согласно МЭК, распределяются между страховыми медицинскими организациями пропорционально суммам снятий.

1. Плательщиком при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией по ТПОМС, является:
2. СМО застрахованного лица на дату завершения лечения при оказании медицинской помощи застрахованным лицам в пределах территории страхования в порядке и на условиях договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
3. ТФОМС:

* при оказании медицинской помощи застрахованным лицам в пределах территории страхования в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией застрахованного лица на период до выбора в течение двух месяцев застрахованным лицом другой СМО[[11]](#footnote-11);
* при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Мурманской области[[12]](#footnote-12).

1. Взаимодействие между участниками обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области осуществляется в соответствии с договорами в сфере обязательного медицинского страхования, Порядком информационного взаимодействия, утверждаемым приказом ТФОМС на соответствующий год, и настоящим Тарифным соглашением.
2. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по Договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет ТФОМС штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет ТФОМС в течение 10 рабочих дней со дня предъявления ТФОМС соответствующего требования[[13]](#footnote-13).
3. **Структура тарифа на оплату медицинской помощи**

**и состав компенсируемых расходов по выполнению ТПОМС**

1. Тарифы на оплату медицинской помощи сформированы в соответствии с принятыми в ТПОМС способами оплаты медицинской помощи, с учетом требований, установленных методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной в составе Правил ОМС, в пределах средств, утвержденных в бюджете ТФОМС на выполнение ТПОМС, и устанавливают уровень возмещения затрат медицинской организации за оказанную медицинскую помощь по ТПОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории Мурманской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТПОМС[[14]](#footnote-14).

1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу[[15]](#footnote-15).

В структуру тарифа на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включаются расходы на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера[[16]](#footnote-16):

* + врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), санитарам (санитаркам) отдаленных малокомплектных амбулаторий (врачебных участков) 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, санитарам (санитаркам)) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
  + врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи, водителям и санитарам (санитаркам) выездных бригад скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;
  + врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

1. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи не включаются расходы на содержание имущества и оплату труда работников в периоды закрытия медицинской организации (структурного подразделения (подразделений) медицинской организации) на проведение плановых и внеплановых ремонтов, карантинных и профилактических мероприятий и простоев в работе медицинской организации (структурного подразделения (подразделений) медицинской организации) по иным причинам.

Указанные расходы могут возмещаться за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах объема средств, заработанных медицинской организацией.

1. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи не включаются и не подлежат оплате из средств обязательного медицинского страхования расходы медицинских организаций:
   * не связанные с деятельностью по реализации ТПОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности;
   * по льготному обеспечению медицинскими препаратами;
   * по добровольному медицинскому страхованию работников;
   * на приобретение иммунобиологических препаратов для вакцинации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;
   * на осуществление работникам медицинских организаций выплат дополнительных видов и норм материального обеспечения и социальной поддержки;
   * на проведение капитального ремонта нефинансовых активов, разработку и экспертизу проектно-сметной документации для его проведения;
   * на приобретение основных средств стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу;
   * на приобретение, заготовку, переработку, транспортировку и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов;
   * на хранение криоконсервированных эмбрионов;
   * на оплату проезда граждан к месту получения медицинских услуг[[17]](#footnote-17);
   * прочие расходы, финансируемые согласно ТПОМС за счет бюджетов всех уровней.
2. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, не включаются и не подлежат оплате из средств обязательного медицинского страхования расходы на приобретение аллергенов, предназначенных для массовой туберкулинодиагностики.
3. Расходы, включаемые в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, распределяются по 4 группам затрат:
   * заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда;
   * лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения;
   * питание;
   * иные расходы.
4. Медицинские организации направляют средства обязательного медицинского страхования на покрытие следующих расходов, связанных с деятельностью по оказанию медицинской помощи по ТПОМС:

| №  п/п | Группа затрат | Перечень расходов,  осуществляемых за счет средств обязательного медицинского страхования | Статья / подстатья КОСГУ[[18]](#footnote-18) |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда | Расходы на выплаты по заработной плате, по оплате отпусков, в том числе компенсация за неиспользованный отпуск, выходных пособий работникам при их увольнении в связи с сокращением численности или штата учреждения, других выплат | 211 «Заработная  плата» |
|  |  | Ежемесячные компенсационные выплаты работникам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет | 212 «Прочие выплаты» |
|  |  | Расходы по уплате страховых взносов, пособия, выплачиваемые за счет средств Фонда социального страхования РФ штатным работникам, другие расходы, связанные с начислениями на выплаты по оплате труда | 213 «Начисления на  выплаты по оплате труда» |
|  |  | Расходы по оплате договоров за консультативную и иную помощь, оказанную медицинскими работниками сторонних медицинских организаций, в т.ч. организаций, не участвующих в реализации ТПОМС | 226 «Прочие работы, услуги» |
|  |  | Выплаты работникам среднемесячного заработка на период трудоустройства при их увольнении в связи с ликвидацией либо реорганизацией учреждения, иными организационно-штатными мероприятиями, приводящими к сокращению численности или штата учреждения | 262 «Пособия по  социальной помощи  населению |
| 2. | Лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения | Расходы по приобретению:   * медикаментов в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденным Правительством РФ. Назначение и приобретение лекарственных средств, не включенных в Перечень, осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами РФ и Мурманской области; * перевязочных средств; * медицинского инструментария, используемого в деятельности учреждения в течение периода, не превышающего 12 месяцев, независимо от стоимости; * реактивов и химикатов, стекла и химпосуды, в том числе для проведения внутрилабораторного контроля; * изделий медицинского назначения; * расходного медицинского материала | 340 «Увеличение  стоимости материальных  запасов» |
|  |  | Расходы по приобретению медицинского инструментария независимо от стоимости со сроком полезного использования более 12 месяцев, предназначенного для неоднократного или постоянного использования | 310 «Увеличение  стоимости основных  средств» |
|  |  | Расходы по оплате договоров на проведение лабораторных, инструментальных и диагностических исследований, проводимых в других медицинских организациях, в том числе не участвующих в реализации ТПОМС (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования) | 226 «Прочие работы,  услуги» |
| 3. | Питание | Расходы на приобретение продуктов питания в соответствии с действующими нормативными актами федерального органа государственной власти в сфере охраны здоровья | 340 «Увеличение  стоимости материальных  запасов» |
|  |  | Расходы на организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации) | 226 «Прочие работы, услуги» |
| 4. | Иные расходы | Расходы по (на):   * оплате стоимости проезда и провоза багажа к месту использования отпуска и обратно; * выплате единовременного пособия и компенсации расходов, связанных с проездом и провозом багажа, лицам, заключившим трудовые договоры о работе в организациях, расположенных в районах Крайнего Севера, прибывшим в соответствии с этими договорами из других регионов РФ, и членам их семей, а также работникам организаций при переезде к новому постоянному месту жительства в пределах территории РФ в связи с расторжением трудового договора и членам их семей;   - возмещение работникам расходов, связанных со служебными командировками: по проезду к месту служебной командировки и обратно, по найму жилых помещений и по оплате суточных;   * возмещению расходов на прохождение медицинского осмотра; * другие, не относящиеся к заработной плате дополнительные выплаты и компенсации, обусловленные условиями трудовых отношений, статусом работника в соответствии с законодательством РФ | 212 «Прочие выплаты» |
|  |  | Расходы по уплате страховых взносов в соответствии с подпунктом 1 пункта 1 статьи 422 Налогового кодекса Российской Федерации | 213 «Начисления на выплаты по оплате труда» |
|  |  | Расходы на приобретение услуг связи | 221 «Услуги связи» |
|  |  | Расходы на приобретение транспортных услуг, в том числе по оплате договоров гражданско-правового характера по оказанию услуг по проезду к месту служебной командировки и обратно | 222 «Транспортные  услуги» |
|  |  | Расходы на приобретение коммунальных услуг | 223 «Коммунальные  услуги» |
|  |  | Расходы по оплате арендной платы в соответствии с заключенными договорами аренды объектов нефинансовых активов | 224 «Арендная плата за пользование имуществом» |
|  |  | Расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с содержанием, обслуживанием, текущим ремонтом нефинансовых активов, полученных в аренду, или безвозмездное пользование, находящихся на праве оперативного управления | 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» |
|  |  | Расходы на:   * работы, услуги в области информационных технологий, охраны, страхования; * оплату договоров гражданско-правового характера на оказание услуг по проживанию в жилых помещениях (найм жилого помещения) на период направления работников в служебные командировки; * услуги по специальной оценке условий труда, * монтажные работы; * типографские работы; * услуги, оказываемые центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора; * на приобретение (изготовление) бланков строгой отчетности, подписку на периодические и справочные издания; * услуги по обучению работников на курсах повышения квалификации; * на подготовку и переподготовку специалистов с высшим или средним медицинским (фармацевтическим) образованием; * услуги по прохождению предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников; * другие аналогичные расходы | 226 «Прочие работы, услуги» |
|  |  | Расходы на:   * уплату налогов, государственных пошлин и сборов, разного рода платежей в бюджеты всех уровней, связанных с выполнением ТПОМС. * возмещение убытков, причиненных незаконными действиями (бездействиям) в части возмещения застрахованным лицам расходов на приобретение лекарственных препаратов. * возмещение физическому лицу морального и физического вреда, взысканного по решению суда в связи с некачественным оказанием медицинской помощи. * уплату штрафов и пеней медицинской организацией, если данные финансовые санкции наложены за нарушения, которые возникли в результате действия (бездействия) в процессе реализации ТПОМС | 290 «Прочие расходы» |
|  |  | Расходы на приобретение основных средств, стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу (оборудования, в том числе немедицинского, производственного и хозяйственного инвентаря) | 310 «Увеличение  стоимости основных  средств» |
|  |  | Расходы по оплате договоров на приобретение (изготовление) объектов, относящихся к материальным запасам:   * мягкого инвентаря и обмундирования для пациентов и персонала медицинской организации в соответствии с действующими нормативными актами федерального органа государственной власти в сфере охраны здоровья; * горюче-смазочных материалов; * строительных материалов (за исключением строительных материалов, приобретаемых для проведения капитального ремонта нефинансовых активов); * кухонного инвентаря; * запасных и (или) составных частей для машин, оборудования, оргтехники и т.п.; * канцелярских принадлежностей, материалов и предметов для текущих хозяйственных целей; * дезинфицирующих средств для обработки поверхностей, инструментов, отходов, оборудования, посуды, в том числе лабораторной, и уборочного инвентаря; * антисептических средств; * прочих материальных запасов для реализации ТПОМС. | 340 «Увеличение  стоимости материальных запасов» |

1. Руководитель медицинской организации вправе принять решение о перераспределении финансовых средств между группами затрат в следующих случаях:
   * в целях недопущения нарушения прав и интересов застрахованных лиц на обеспечение их продуктами питания, лекарственными средствами, расходными материалами и изделиями медицинского назначения допускается перераспределение финансовых средств на группы затрат «питание» и «лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения» с прочих групп затрат;
   * при отсутствии организованного питания в медицинской организации допускается перераспределение финансовых средств с групп затрат «заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда» и «питание» на группу затрат «иные расходы»;
   * при условии достижения установленных значений целевых показателей по заработной плате, отсутствии задолженности по уплате налогов и страховых взносов, в целях сокращения и (или) недопущения роста кредиторской задолженности по расчетам с поставщиками и подрядчиками, оплате работ, услуг допускается перераспределение финансовых средств с группы затрат «заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда» на группу затрат «иные расходы»;
   * при отсутствии кредиторской задолженности по расчетам с поставщиками и подрядчиками, в целях достижения установленных значений целевых показателей по заработной плате допускается перераспределение финансовых средств с группы затрат «иные расходы» на группу затрат «заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда»;
   * при наличии экономии финансовых средств по итогам проведения конкурсных процедур на закупку продуктов питания, лекарственных средств, расходных материалов и изделий медицинского назначения, при условии недопущения нарушения прав и интересов застрахованных лиц на обеспечение их продуктами питания, лекарственными средствами, расходными материалами и изделиями медицинского назначения допускается перераспределение финансовых средств с групп затрат «питание» и «лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения» на прочие группы затрат, при этом перераспределение финансовых средств на группу затрат «заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда» допускается только в целях достижения установленных значений целевых показателей по заработной плате.
2. **Порядок оплаты скорой медицинской помощи**
3. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Мурманской области, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:



(формула 5.1), где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Мурманской области, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей; |
| НоСМП | средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов; |
| НфзСМП | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСМТР | размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Мурманской области за вызов, рублей; |
| Чз | численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 апреля, человек. |

1. Средний норматив финансового обеспечения скорой медицинской помощи вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), оказываемой на территории Мурманской области медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо составляет 1 374,01 рубля.

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, с указанием обслуживаемой территории приведен в приложении № 3.1 к настоящему Тарифному соглашению.

1. Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной лицам, застрахованным на территории Мурманской области, осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. По тарифам за вызов скорой медицинской помощи оплачиваются вызовы скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии.

Оплата оказанной медицинской помощи осуществляется на основании принятых к оплате реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи с учетом выполнения медицинской организацией планового задания по объему вызовов скорой медицинской помощи.

В реестр счетов на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации включаются выполненные вызовы скорой медицинской помощи к лицам, застрахованным на территории Мурманской области, за исключением безрезультатных выездов.

Безрезультатные выезды – это случаи, когда больного не оказалось на месте, вызов был ложным (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали), не найден адрес, указанный при вызове, пациент оказался практически здоровым и не нуждался в помощи, больной умер до приезда бригады скорой медицинской помощи, больной увезен до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной отказался от помощи (осмотра), вызов отменен[[19]](#footnote-19).

При выполнении медицинской организацией планового задания по объему вызовов скорой медицинской помощи на 85,0% и более медицинской организации выплачивается 100% объема подушевого финансирования медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

При выполнении медицинской организацией планового задания по объему вызовов скорой медицинской помощи менее чем на 85,0% объем подушевого финансирования медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации уменьшается на сумму положительной разницы между объемом подушевого финансирования и стоимостью предъявленного на оплату реестра счетов за период с начала года по расчетный месяц включительно.

Объем подушевого финансирования медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи (ФСМП\_ПНФ) рассчитывается по формуле:

ФСМП\_ПНФ = ДПНФСМП × Чн

(формула 5.2), где:

ДПНФСМП – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный настоящим Тарифным соглашением для данной медицинской организации (приложение № 3.2);

Чн – численность обслуживаемого населения по состоянию на первое число расчетного месяца по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц (в случае изменения границ обслуживаемой территории в течение расчетного месяца – среднемесячная численность обслуживаемого населения, рассчитываемая как отношение суммарной численности обслуживаемого населения за каждый день расчетного месяца к количеству календарных дней в расчетном месяце). Под обслуживаемым населением понимаются лица, застрахованные на территории Мурманской области и зарегистрированные по месту пребывания на обслуживаемой территории.

Оценка выполнения медицинской организацией планового задания осуществляется нарастающим итогом с начала года. В фактически выполненный объем вызовов скорой медицинской помощи вне медицинской организации не засчитываются вызовы, выполненные в предшествующие годы и предъявленные на оплату в расчетном году.

Годовые показатели планового задания по объемам медицинской помощи распределяются помесячно в следующем процентном соотношении:

| Месяц | % от годового плана |
| --- | --- |
| Январь | 10,05 |
| Февраль | 9,10 |
| Март | 8,90 |
| Апрель | 8,70 |
| Май | 8,30 |
| Июнь | 7,10 |
| Июль | 7,00 |
| Август | 7,70 |
| Сентябрь | 7,80 |
| Октябрь | 8,40 |
| Ноябрь | 8,50 |
| Декабрь | 8,45 |

Сумма снижения в расчетном месяце подушевого финансирования медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации по итогам оценки выполнения планового задания (SСМПсниж) рассчитывается по формулам:

SСМПсниж = 0 – ΣSСМПсниж

(формула 5.3.1);

SСМПсниж = Max((ΣФСМП\_ПНФ – ΣSСМПреестр); 0) – ΣSСМПсниж

(формула 5.3.2);

SСМПсниж = ΣФСМП\_ПНФ – ΣSСМПреестр – ΣSСМПсниж

(формула 5.3.3),

где:

ΣSСМПсниж – суммарный объем снижения подушевого финансирования медицинской организации по итогам оценки выполнения планового задания за предшествующие периоды расчетного года;

Max(значение1; значение2) – функция выбора наибольшего значения из указанных;

ΣФСМП\_ПНФ – суммарный объем подушевого финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации за период с начала года по расчетный месяц включительно;

ΣSСМПреестр – суммарная стоимость оказанной скорой медицинской помощи вне медицинской организации согласно предъявленным к оплате реестрам счетов за период с начала года по расчетный месяц включительно (за исключением стоимости вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии).

Вызовы скорой медицинской помощи, выполненные в расчетном году, включаются в реестр по тарифам установленным настоящим Тарифным соглашением (приложение № 3.3) на дату вызова скорой медицинской помощи.

Расчет SСМПсниж по формуле 5.3.1 осуществляется при выполнении медицинской организацией планового задания по объему вызовов скорой медицинской помощи на 85,0% и более. При этом SСМПсниж принимает либо отрицательное значение, либо значение, равное 0.

Расчет SСМПсниж по формуле 5.3.2 осуществляется при выполнении медицинской организацией планового задания по объему вызовов скорой медицинской помощи менее чем на 85,0%. При этом SСМПсниж может принимать как положительное, так и отрицательное значение.

Формула 5.3.3 применяется для расчета суммы снижения подушевого финансирования медицинской организации по каждой СМО в случаях выполнении медицинской организацией планового задания по объему вызовов скорой медицинской помощи менее чем на 85,0% и при условии, что ΣФСМП\_ПНФ по всем СМО превышает ΣSСМПреестр по всем СМО. В остальных случаях расчет SСМПсниж по каждой СМО осуществляется по формуле 5.3.1.

Общий объем финансирования медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории Мурманской области, (ФСМП) рассчитывается ежемесячно по формуле:

ФСМП = ФСМП\_ПНФ – SСМПсниж + Sтромб – SСМП\_МЭК

(формула 5.4), где:

ФСМП\_ПНФ – объем подушевого финансирования медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи (формула 5.2);

SСМПсниж – сумма снижения в расчетном месяце подушевого финансирования медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации по итогам оценки выполнения планового задания (формула 5.3.1 – 5.3.3);

Sтромб – стоимость вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;

SСМП\_МЭК – сумма снижения (увеличения) финансирования медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной в 2017 году и предъявленной на оплату в расчетном году (за исключением стоимости вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии), осуществляется по тарифам за вызов скорой помощи в медицинских организациях, в которых в 2017 году вызовы скорой помощи оплачивались за фактически выполненные услуги в связи с невыполнением планового задания по объемам медицинской помощи.

Объем финансирования указанных медицинских организаций за оказанную скорую медицинскую помощь в 2017 году (ФСМП\_2017) определяется на основании принятых к оплате реестров счетов и тарифов на 1 вызов скорой медицинской помощи, установленных Тарифным соглашением на 2017 год.

В остальных медицинских организациях скорая медицинская помощь, оказанная прикрепленному населению в 2017 году и предъявленная на оплату в расчетном году, (за исключением стоимости вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии), оплате не подлежит. При этом, оказанные в 2017 году вызовы скорой медицинской помощи включаются в реестр счетов с нулевым тарифом.

1. Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, осуществляется за вызов скорой медицинской помощи. Оплате подлежат выполненные вызовы скорой медицинской помощи по страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, за исключением безрезультатных выездов.

Объем финансирования медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, (ФСМПинобл) определяется на основании принятых к оплате реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Стоимость реестра счетов рассчитывается по тарифам на 1 вызов скорой медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением (приложение № 3.3) на дату вызова скорой медицинской помощи. Вызовы скорой медицинской помощи, выполненные в 2017 году и предъявленные на оплату в расчетном году, включаются в реестр по тарифам 2017 года.

1. **Размер и структура тарифов на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации**
2. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации устанавливает месячный объем финансовых средств для оплаты оказанной медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и дифференцируется в разрезе медицинских организаций с учетом следующих показателей:
   * районный коэффициент;
   * уровень плотности населения на территории обслуживания;
   * половозрастная структура обслуживаемого населения;
   * средний радиус территории обслуживания.

В структуру дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ДПНФСМП) включены расходы в объеме, обеспечивающем собственную деятельность медицинской организации по оказанию скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

В структуру ДПНФСМП не включены расходы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

* + с проведением тромболитической терапии (код Номенклатуры медицинских услуг А11.12.003.002);
  + при заболеваниях (состояниях), не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;
  + лицам, застрахованным за пределами Мурманской области;
  + лицам, не застрахованным и (или) не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования.

ДПНФСМП (приложение № 3.2 к настоящему Тарифному соглашению) рассчитывается для каждой медицинской организации по формуле:

ДПНФсмпi = Округл (БПНФсмпi\* CКДинтi;2),

(формула 6.1), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

|  |  |
| --- | --- |
|  | БПНФСМП – базовая ставка подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации;  CКДинтi- средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той медицинской организации.  Базовая ставка подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитывается по формуле:  БПНФСМП = Округл(НфзСМП × НоСМП\_МО / 12 × КпопрСМП; 3)  (формула 6.2), где:  НфзСМП (равный 2 224,6 руб. ) – средний норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи, установленный Программой;  НоСМП\_МО (равный 0,31135) – средний норматив объема скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо, установленный ТПОМС, за вычетом объемов, запланированных к оказанию за пределами Мурманской области;  12 – число месяцев;  КпопрСМП – поправочный коэффициент, применяемый в целях приведения в соответствие объема средств, подлежащего оплате по дифференцированным подушевым нормативам, к объему средств, предусмотренному ТПОМС на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной на территории Мурманской области.  КпопрСМП рассчитывается по формуле:  Σ (Чi× СКДинтi)  КпопрСМП = Округл(---------------------------; 5)  ЧМО × Кдифф  (формула 6.3), где:  Чi – численность застрахованного населения, обслуживаемого i-ой медицинской организацией, по состоянию на 01 декабря 2016 года (по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц);  ЧМО (равная 757756) – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 апреля 2017 года (по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц);  СКДинтi- средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той медицинской организации;  Кдифф (равный 1,959) – коэффициент дифференциации, 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». |

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива КДинтi определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

КДинтi = Округл (КДПВС x КДСР x КДПН x КДСУБ ;5),

(формула 6.4), где:

КДПВСi - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КДСРi - коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания;

КДПНi - коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения;

КДСУБi - районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР.

Половозрастной коэффициент дифференциации БПНФСМП (КДпвс) учитывает различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста. Рассчитывается по формуле:

КДпвс = Округл(Σ (Чпрi × КДвозрi) / Чпр; 5)

(формула 6.5), где:

Чпрi – численность застрахованного населения, обслуживаемого i-ой медицинской организацией, попадающего в i-ый половозрастной интервал;

КДвозрi – коэффициент дифференциации для i-той половозрастной группы застрахованных лиц;

Чпр – общая численность населения, обслуживаемого i-ой медицинской организацией.

Для расчета КДвозр численность прикрепившихся к медицинской организации лиц, распределяется на следующие половозрастные группы:

* 1. ноль – 11 месяцев мужчины/женщины;
  2. один – четыре года мужчины/женщины;
  3. пять – семнадцать лет мужчины/женщины;
  4. восемнадцать – пятьдесят девять лет мужчины;

д) восемнадцать – пятьдесят четыре года женщины;

е) шестьдесят лет и старше мужчины;

ж) пятьдесят пять лет и старше женщины.

Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации осуществляется исходя из потребления медицинской помощи по половозрастным группам на основе данных о фактической стоимости оказанных медицинских услуг, включаемых в состав подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, согласно предъявленным к оплате реестрам оказанной медицинской помощи за год, предшествующий году выполнения расчетов.

Значения коэффициентов дифференциации для половозрастных групп устанавливаются Тарифным соглашением (приложение № 3.2.1) и являются едиными для всех медицинских организаций;

Коэффициент дифференциации БПНФСМП по среднему радиусу территории обслуживания (КДср )устанавливается в следующих размерах:

1,30000 – при уровне отдаленности поста скорой помощи от территории обслуживания на расстояние более 7,5 км в среднем на одного человека, проживающего на обслуживаемой территории;

1,10000 – при уровне отдаленности поста скорой помощи от территории обслуживания на расстояние от 4,51 до 7,5 км в среднем на одного человека, проживающего на обслуживаемой территории;

1,00000 – при уровне отдаленности поста скорой помощи от территории обслуживания на расстояние от 3,5 до 4,5 км в среднем на одного человека, проживающего на обслуживаемой территории;

0,92400 - при уровне отдаленности поста скорой помощи от территории обслуживания на расстояние менее 3,5 км в среднем на одного человека, проживающего на обслуживаемой территории.

Коэффициент дифференциации БПНФСМП по уровню плотности населения на обслуживаемой территории (КДпн) устанавливается в следующих размерах:

1,13000 – при уровне плотности населения менее 3,0 человек на км2;

1,07000 – при уровне плотности населения от 3,0 до 10,0 человек на км2;

0,96000 – при уровне плотности населения свыше 10,0 человек на км2.

Районный коэффициент дифференциации БПНФСМП (КДсубi), рассчитывается для каждой медицинской организации по формуле:

КДсубi = Округл((0,6 × Кр + 0,4 × ИБР); 5)

(формула 6.6), где:

Кр – сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, которые установлены на обслуживаемой территории законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР;

ИБР (равный 1,59600) – расчетный уровень индекса бюджетных расходов Мурманской области на 2018 год[[20]](#footnote-20).

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива объединяются в схожие по значению группы с последующим расчетом средневзвешенного значения по каждой группе СКДинтi.

1. Тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи (приложение № 3.3 к настоящему Тарифному соглашению) устанавливает размер финансовых средств для оплаты медицинской помощи, оказанной одному застрахованному лицу бригадой скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации.

Тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи вне медицинской организации без проведения тромболитической терапии рассчитывается для каждой медицинской организации по формуле:

ТСМПi = Округл(БазТСМП ×СКДинтi; 2)

(формула 6.7), где:

Округл (число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

БазТСМП – базовый тариф на оплату скорой медицинской помощи;

СКДинтi - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той медицинской организации;

Базовый тариф на оплату скорой медицинской помощи рассчитывается по формуле:

БазТСМП = Округл(nSСМПнорм × КпопрСМПвыз; 2)

(формула 6.8), где:

nSСМПнорм (равный 2 224,6 руб.) – средний норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи, установленный Программой;

КпопрСМПвыз – поправочный коэффициент, применяемый в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного исходя из плановых объемов скорой медицинской помощи и дифференцированных тарифов на 1 вызов скорой медицинской помощи, к объему средств, предусмотренному ТПОМС на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной на территории Мурманской области.

КпопрСМПвыз рассчитывается по формуле:

Σ (Vвызi × СКДинтi)

КпопрСМПвыз = Округл(----------------------------; 5)

VСМП\_МО × Кдифф

(формула 6.9), где:

Vвызi – годовой объем вызовов скорой медицинской помощи, установленный Комиссией для i-ой медицинской организации;

СКДинтi – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той медицинской организации;

VСМП\_МО – годовой объем вызовов скорой медицинской помощи, запланированный к оказанию на территории Мурманской области по ТПОМС.

Кдифф (равный 1,959) – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462.

1. **Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях** 
   1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

(формула 7.1), где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Мурманской области, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей; |
| НоПРОФ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НоОЗ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений; |
| НоНЕОТЛ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НфзПРОФ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзОЗ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзНЕОТЛ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСМТР | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Мурманской области, рублей; |
| Чз | численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 апреля 2017 года, человек. |

* 1. Средний норматив финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказываемой на территории Мурманской области медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо составляет:
  + по страховым случаям и видам оказания медицинской помощи, установленным БПОМС – 7 532,66 рубля;
  + по страховым случаям и видам оказания медицинской помощи, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, – 247,58 рубля.

Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, с указанием имеющихся в их структуре подразделений (в соответствии с территориальным справочником структурных подразделений медицинских организаций) приведен в приложении № 4.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3. При оплате первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях действуют следующие правила:

* возраст застрахованного лица для определения тарифа принимается по состоянию на дату открытия талона амбулаторного пациента;
* расчеты за оказанную медицинскую помощь осуществляются по тарифам, действовавшим на дату оказания услуги;
* в случае смены застрахованным лицом медицинской организации в течение расчетного месяца застрахованное лицо считается закрепленным за той медицинской организацией, за которой оно было закреплено на 01 число расчетного месяца, за исключением случаев оплаты I этапа диспансеризации определенных групп населения;
* при прикреплении к медицинской организации застрахованного лица, ранее не имевшего прикрепления ни к одной медицинской организации Мурманской области, после 01 числа расчетного месяца, застрахованное лицо считается неприкрепленным до конца расчетного месяца, за исключением случаев оплаты I этапа диспансеризации определенных групп населения;
* для случаев оплаты I этапа диспансеризации определенных групп населения застрахованное лицо считается закрепленным за той медицинской организацией, за которой оно было фактически закреплено на дату начала прохождения диспансеризации;
* при осуществлении расчетов за внешние обращения, оказанные застрахованным лицам, не имеющим прикрепления к данной медицинской организации, удержания осуществляются с объема подушевого финансирования медицинской организации, за которой данное лицо было закреплено на 01 число расчетного месяца.

4. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи, не включенной в структуру подушевого норматива финансирования) в медицинских организациях, оказывающих указанную помощь по территориально-участковому принципу (приложение № 4.2 к настоящему Тарифному соглашению), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

Оплата оказанной медицинской помощи осуществляется на основании принятых к оплате реестров счетов с учетом выполнения медицинской организацией планового задания по объемам медицинской помощи. Оценке подлежат посещения, выполненные при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Мурманской области, за исключением:

* + консультативной помощи;
  + стоматологической помощи;
  + медицинской помощи по страховым случаям и видам оказания, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС;
  + медицинской помощи, оказанной согласно приказу Министерства здравоохранения Мурманской области от 12.03.2015 № 116 «О динамическом наблюдении у врачей-специалистов областного уровня»;
  + медицинской помощи, оказанной узкими специалистами медицинских организаций города Мурманск в рамках работы «Поезда здоровья»;
  + медицинской помощи в диабетологическом центре (для ГОБУЗ «МОКБ»);
  + неотложной медицинской помощи в приемном отделении (для ГОБУЗ «МОКБ»);
  + неотложной медицинской помощи в травматологическом пункте (для ГОБУЗ «ГП № 1»);
  + медицинской помощи в центрах здоровья, центрах охраны зрения, Центре скрининга онкопатологии у женщин, центрах (отделениях) вспомогательных репродуктивных технологий (для медицинских организаций, расположенных на территории города Мурманск);
  + проведения диализа в амбулаторных условиях.

При выполнении медицинской организацией планового задания по объему посещений на 90,0% и более медицинской организации выплачивается 100% объема подушевого финансирования за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях прикрепленному населению.

При выполнении медицинской организацией планового задания по объему посещений менее чем на 90,0% объем подушевого финансирования медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях прикрепленному населению уменьшается на сумму положительной разницы между объемом подушевого финансирования и стоимостью предъявленного на оплату реестра счетов за период с начала года по расчетный месяц включительно.

Оценка выполнения медицинской организацией планового задания осуществляется нарастающим итогом с начала года. В фактически выполненный объем посещений не засчитываются посещения, выполненные в 2017 году и предъявленные на оплату в расчетном году.

Годовые показатели планового задания по объемам медицинской помощи распределяются помесячно в зависимости от возрастной категории прикрепившихся лиц в следующем процентном соотношении:

| Месяц | Детское население | Взрослое население | Смешанное население |
| --- | --- | --- | --- |
| Январь | 5,95% | 5,60% | 6,65% |
| Февраль | 10,30% | 9,50% | 9,50% |
| Март | 10,75% | 10,00% | 10,15% |
| Апрель | 10,25% | 9,90% | 9,95% |
| Май | 7,45% | 7,40% | 7,50% |
| Июнь | 4,70% | 7,00% | 6,60% |
| Июль | 3,90% | 6,40% | 3,85% |
| Август | 3,80% | 6,00% | 5,60% |
| Сентябрь | 10,00% | 8,90% | 9,45% |
| Октябрь | 11,20% | 9,80% | 11,00% |
| Ноябрь | 10,90% | 9,80% | 9,90% |
| Декабрь | 10,80% | 9,70% | 9,85% |

Объем подушевого финансирования медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях прикрепленному населению (за исключением медицинской помощи, не включенной в структуру подушевого норматива финансирования) (ФАПП\_ПНФ) рассчитывается ежемесячно по формуле:

ФАПП\_ПНФ = ДПНФАППбаз × Чнач – Sвнеш

(формула 7.2), где:

ДПНФАППбаз – дифференцированный подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (базовая часть), установленный для данной медицинской организации настоящим Тарифным соглашением;

Чнач – численность прикрепленного населения по состоянию на первое число расчетного месяца по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц;

Sвнеш – стоимость принятых к оплате в расчетном месяце внешних обращений прикрепленного населения. Для медицинских организаций, в которых в 2017 году финансирование первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанной прикрепленному населению, осуществлялось за фактически оказанные услуги в связи с невыполнением планового задания по объемам медицинской помощи, в стоимость внешних обращений не включаются выполненные в 2017 году и предъявленные на оплату в расчетном году внешние обращения прикрепленного населения.

Сумма снижения в расчетном месяце объема подушевого финансирования медицинской организации по итогам оценки выполнения планового задания (SАППсниж) рассчитывается ежемесячно по формулам:

SАППсниж = 0 – ΣSАППсниж

(формула 7.3.1);

SАППсниж = Max((ΣФАПП\_ПНФ – ΣSАППреестр); 0) – ΣSАППсниж

(формула 7.3.2);

SАППсниж = ΣФАПП\_ПНФ – ΣSАППреестр – ΣSАППсниж

(формула 7.3.3),

где:

ΣSАППсниж – суммарный объем снижения подушевого финансирования медицинской организации по итогам оценки выполнения планового задания за предшествующие периоды расчетного года.

Max(значение1; значение2) – функция выбора наибольшего значения из указанных;

ΣФАПП\_ПНФ – суммарный объем подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за период с начала года по расчетный месяц включительно;

ΣSАППреестр – суммарная стоимость оказанной прикрепленному населению первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи, не включенной в структуру подушевого норматива финансирования и медицинской помощи за 2017 год) согласно принятым к оплате реестрам счетов за период с начала года по расчетный месяц включительно.

Расчет SАППсниж по формуле 7.3.1 осуществляется при выполнении медицинской организацией планового задания по объему посещений на 90,0% и более. При этом SАППсниж принимает либо отрицательное значение, либо значение, равное 0.

Расчет SАППсниж по формуле 7.3.2 осуществляется при выполнении медицинской организацией планового задания по объему посещений менее чем на 90,0%. При этом SАППсниж может принимать положительное, отрицательное, либо нулевое значения.

Формула 7.3.3 применяется для расчета суммы снижения подушевого финансирования медицинской организации по каждой СМО в случаях выполнении медицинской организацией планового задания по объему посещений менее чем на 90,0% и при условии, что ΣФАПП\_ПНФ по всем СМО превышает ΣSАППреестр по всем СМО. В остальных случая расчет SАППсниж по каждой СМО осуществляется по формуле 7.3.1.

5. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанной прикрепленному населению в 2017 году и предъявленной на оплату в расчетном году, (за исключением медицинской помощи, не включенной в структуру подушевого норматива финансирования) осуществляется за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)) в медицинских организациях, в которых в 2017 году финансирование первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанной прикрепленному населению, осуществлялось за фактически оказанные услуги в связи с невыполнением планового задания по объемам медицинской помощи.

Объем финансирования указанных медицинских организаций за первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, оказанную прикрепленному населению в 2017 году, (ФАПП\_2017) определяется на основании принятых к оплате реестров счетов и тарифов на медицинские услуги, установленных Тарифным соглашением на 2017 год.

В остальных медицинских организациях первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказанная прикрепленному населению в 2017 году и предъявленная на оплату в расчетном году, (за исключением медицинской помощи, не включенной в структуру подушевого норматива финансирования) оплате не подлежит. При этом оказанные в 2017 году медицинские услуги включаются в реестр счетов с нулевым тарифом.

6. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, включенной в структуру подушевого норматива финансирования, оказанной неприкрепленному населению (внешние обращения неприкрепленного населения), в том числе в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Справочник комплексных медицинских услуг приведен в приложении №8 к настоящему Тарифному соглашению.

Справочник простых медицинских услуг приведен в приложении №9 к настоящему Тарифному соглашению.

Консультативные услуги врачей-специалистов (раздел III приложения №4.5 к настоящему Тарифному соглашению) подлежат оплате только при наличии направления, выданного лечащим врачом[[21]](#footnote-21).

Медицинские услуги, оказанные на основании рекомендаций, полученных на консультативном приеме, подлежат оплате только при условии их согласования с лечащим врачом[[22]](#footnote-22) за исключением:

* случаев оказания экстренной медицинской помощи;
* случаев оказания в день обращения пациента за консультацией простых медицинских услуг, стоимость которых согласно настоящему Тарифному соглашению не включена в структуру тарифа на посещение (раздел II приложения № 4.4 к настоящему Тарифному соглашению);
* случаев оказания в день обращения пациента за консультацией диагностических исследований и (или) консультаций других врачей-специалистов в рамках необходимого объема обследования, предусмотренного Правилами направления жителей Мурманской области на консультацию к врачам-специалистам областного уровня (приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 29.06.2016 № 452), при невозможности принятия клинического решения врачом-консультантом без результатов соответствующих исследований и (или) консультаций[[23]](#footnote-23).

Оплата вышеуказанных медицинских услуг осуществляется на основании направления на консультативный прием, выданного лечащим врачом.

Простые и комплексные медицинские услуги, оказанные в центрах (отделениях, кабинетах) восстановительного лечения, подлежат оплате только при наличии направления в центр (отделение, кабинет) восстановительного лечения, выданного в установленном порядке[[24]](#footnote-24).

Простые и комплексные медицинские услуги, оказанные в приемном отделении медицинской организации, подлежат оплате только в случаях оказания экстренной или неотложной медицинской помощи без последующей госпитализации.

Объем финансирования медицинской организации за внешние обращения неприкрепленного населения (ФАПП\_внеш) определяется на основании принятых к оплате реестров счетов и тарифов на медицинские услуги, установленных настоящим Тарифным соглашением.

Услуги, оказанные в 2017 году и предъявленные на оплату в расчетном году, подлежат оплате по тарифам 2017 года.

7. Оплата медицинской помощи, не включенной в структуру подушевого норматива финансирования, в том числе в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), а именно:

1. оплата I этапа диспансеризации определенных групп населения осуществляется за законченный случай. Оплате подлежат только законченные случаи проведения I этапа диспансеризации в медицинских организациях по месту прикрепления застрахованного лица[[25]](#footnote-25). Стоимость законченного случая определяется:

* в случае если число осмотров, исследований и иных мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего пола и возраста гражданина, – по тарифу на законченный случай, установленному Тарифным соглашением для соответствующей группы населения (приложение № 4.6 к настоящему Тарифному соглашению);
* в случае если число осмотров, исследований и иных мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего пола и возраста гражданина, – как суммарная стоимость фактически выполненных медицинских услуг (приложение № 4.7 к настоящему Тарифному соглашению);

1. оплата отдельных медицинских услуг, не включенных в структуру подушевого норматива финансирования, осуществляется за услугу (раздел I приложения № 4.4, приложение № 6.11 к настоящему Тарифному соглашению). Оплате подлежат медицинские услуги, оказанные по направлению лечащего врача (за исключением случаев оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе в приемном отделении медицинской организации без последующей госпитализации, а также случаев оказания медицинской помощи с применением методов заместительной почечной терапии). Для учета объемов медицинской помощи при проведении диализа в амбулаторных условиях принимается лечение в течение одного месяца как одно обращение;

Оплата стоматологической медицинской помощи осуществляется за услугу, исходя из тарифов, установленных на 1 УЕТ, (приложение № 4.9 к настоящему Тарифному соглашению) и нормативной длительности услуги, установленной Методическими рекомендациями (справочник медицинских услуг по стоматологии приведен в приложении №10 к настоящему Тарифному соглашению);

1. оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по страховым случаям и видам оказания, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, осуществляется за посещение.

Объем финансирования медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, не включенной в структуру подушевого норматива финансирования, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи, (ФАПП\_ед) рассчитывается по формуле:

ФАПП\_ед = ФАПП\_дисп + ФАПП\_усл + ФАПП\_стом + ФАПП\_свБПОМС

(формула 7.4), где:

ФАПП\_дисп – объем финансирования медицинской организации за проведение I этапа диспансеризации отдельных групп населения;

ФАПП\_усл – объем финансирования медицинской организации за оказание отдельных медицинских услуг, не включенных в структуру подушевого норматива финансирования;

ФАПП\_стом – объем финансирования медицинской организации за оказание стоматологической медицинской помощи;

ФАПП\_свБПОМС – объем финансирования медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по страховым случаям и видам оказания, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС.

8. Ежеквартально по итогам оценки достигнутых значений целевых показателей результативности деятельности медицинской организации осуществляется выплата сумм материального стимулирования.

При расчетах за первый и второй месяц каждого квартала сумма ежеквартального стимулирования медицинской организации (SАПП\_стим) принимается равной 0, а при расчетах за третий месяц каждого квартала рассчитывается по формуле:

SАПП\_стим = Σ(ДПНФАППстимi × Чi) × Крез.

(формула 7.5), где:

ДПНФАППстимi – дифференцированный подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (стимулирующая часть), установленный настоящим Тарифным соглашением для данной медицинской организации на i-ый месяц квартала оценки;

Чi – численность прикрепленного населения на первое число i-го месяца квартала оценки;

i – месяц квартала оценки;

Крез – коэффициент результативности деятельности медицинской организации за период оценки, рассчитываемый в соответствии с Порядком оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, являющемся неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения (приложение № 5.1).

9. Общий объем финансирования медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях лицам, застрахованным на территории Мурманской области, (ФАПП) рассчитывается по формуле:

ФАПП = ФАПП\_ПНФ – SАППсниж + ФАПП\_2017 + ФАПП\_внеш + ФАПП\_ед +

+ SАПП\_стим + SАПП\_УСО – SАПП\_МЭК

(формула 7.7), где:

ФАПП\_ПНФ – объем финансирования медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях прикрепленному населению, рассчитанный в соответствии с пунктом 3 настоящего раздела (формула 7.2);

SАППсниж – сумма снижения в расчетном месяце объема подушевого финансирования медицинской организации по итогам оценки выполнения планового задания, рассчитываемая в соответствии с пунктом 3 настоящего раздела (формулы 7.3.1 – 7.3.3);

ФАПП\_2017 – объем финансирования медицинской организации за первичную медико-санитарной помощь в амбулаторных условиях, оказанную прикрепленному населению в 2017 году, рассчитанный в соответствии с пунктом 4 настоящего раздела;

ФАПП\_внеш – объем финансирования медицинской организации за выполненные внешние обращения неприкрепленного населения, рассчитанный в соответствии с пунктом 5 настоящего раздела;

ФАПП\_ед – объем финансирования медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, не включенной в структуру подушевого норматива финансирования, рассчитанный в соответствии с пунктом 6 настоящего раздела (формула 7.4);

SАПП\_стим – сумма стимулирования медицинской организации за достижение установленных значений целевых показателей результативности деятельности медицинской организации, рассчитанная в соответствии с пунктом 7 настоящего раздела (формула 7.5);

SАПП\_УСО – финансовый результат взаиморасчетов за услуги сторонних организаций, оказанные амбулаторным пациентам. Рассчитывается согласно Порядку проведения централизованных взаиморасчетов между медицинскими организациями при оказании ими медицинской помощи по ТПОМС, являющемся неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения (приложение № 5.2);

SАПП\_МЭК – сумма уменьшения (увеличения) финансирования медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

10. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанной лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) – в порядке, установленном пунктами 5 и 6 настоящего раздела.

Объем финансирования медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, (ФАППинобл) определяется на основании принятых к оплате реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи (формула 7.7).

1. **Размер и структура тарифов на оплату первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях**
2. Подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях устанавливает месячный объем финансовых средств для оплаты оказанной первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в расчете на одно прикрепившееся застрахованное лицо и дифференцируется в разрезе медицинских организаций с учетом следующих показателей:
   * районный коэффициент;
   * половозрастная структура прикрепленного населения;
   * уровень плотности населения на обслуживаемой территории;
   * уровень расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП));
   * уровень расходов на содержание имущества медицинских организаций.

Размер и структура дифференцированных подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (ДПНФАПП) приведены в приложении № 4.3 к настоящему Тарифному соглашению.

В структуру ДПНФАПП включены расходы в объеме, обеспечивающем собственную деятельность медицинской организации по оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях прикрепившимся лицам, застрахованным на территории Мурманской области, а также расходы на внешние обращения прикрепленного населения.

В структуру ДПНФАПП не включены расходы на:

* + оказание стоматологической медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья);
  + проведение I этапа диспансеризации определенных групп населения;
  + оказание отдельных медицинских услуг (раздел I приложения № 4.4 к настоящему Тарифному соглашению);
  + оказание медицинской помощи по страховым случаям и видам оказания, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС.

ДПНФАПП рассчитывается для каждой медицинской организации по формуле:

ДПНФАППi = Округл(БПНФАПП × СКДинтi; 2)

(формула 8.1), где:

Округл (число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

БПНФАПП – базовая ставка подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

СКДинтi- средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, определенный для i-той медицинской организации.

Базовая ставка подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (БПНФАПП) рассчитывается по формуле:

БПНФАПП = Округл ((SАППнорм – Sстом – Sдисп – Sусл – ОСМТР) /

/ ЧМО / Кдифф / 12 × КпопрАПП; 3)

(формула 8.2), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

SАППнорм – нормативная стоимость первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по ТПОМС, рассчитанная на основании средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой на соответствующий год, с учетом коэффициента дифференциации (Кдифф);

Sстом – плановые расходы на оказание стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчетном году (за исключением медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья);

Sдисп – плановые расходы на проведение I этапа диспансеризации определенных групп населения;

Sусл – плановые расходы на оказание отдельных медицинских услуг, не включенных в структуру ДПНФАПП, оплачиваемых за единицу объема;

ОСМТР – плановый объем средств на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной застрахованному населению за пределами Мурманской области;

ЧМО (равная 757756) – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 апреля 2017 года (по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц);

Кдифф (равный 1,959) – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462;

12 – число месяцев;

КпопрАПП – поправочный коэффициент, применяемый в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств, предусмотренному ТПОМС на финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствующем году.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива КДинтi определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

КДинтi = Округл (КДПВi x КДСПi x КДПНi xКДсиi хКДСУБi ;5),

(формула 8.3), где:

КДПВi - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КДСПi - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (ФАП);

КДПНi - коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения;

КДсиi - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций;

КДСУБi - районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР.

Коэффициент дифференциации БПНФАПП по половозрастной структуре населения (КДпв) рассчитывается по каждой медицинской организации по формуле:

КДпвi = Округл(Σ (Чпрi × КДвозрi) / Чпр; 5)

(формула 8.4), где:

Чпрi – численность прикрепившихся к медицинской организации лиц, попадающих в i-ый половозрастной интервал;

КДвозрi – коэффициент дифференциации для i-той половозрастной группы застрахованных лиц;

Чпр – общая численность прикрепившихся к медицинской организации лиц.

Для расчета КДвозр численность прикрепившихся к медицинской организации лиц, распределяется на следующие половозрастные группы:

* + ноль – 11 месяцев мужчины/женщины;
  + один – четыре года мужчины/женщины;
  + пять – семнадцать лет мужчины/женщины;
  + восемнадцать – пятьдесят девять лет мужчины;
  + восемнадцать – пятьдесят четыре года женщины;
  + шестьдесят лет и старше мужчины;
  + пятьдесят пять лет и старше женщины.

Для каждой половозрастной группы рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации.

Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации осуществляется исходя из потребления медицинской помощи по половозрастным группам на основе данных о фактической стоимости оказанных медицинских услуг, включаемых в состав базового подушевого норматива финансирования, согласно предъявленным к оплате реестрам оказанной медицинской помощи за год, предшествующий году выполнения расчетов.

Значения коэффициентов дифференциации для половозрастных групп приведены в приложении № 4.3.1 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициент дифференциации БПНФАПП по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (ФАП) (КДсп) устанавливается в следующих размерах:

0,99417 – при отсутствии ФАПов в составе учреждения;

1,00230 – при уровне расходов на содержание ФАП менее 100 руб. на одного прикрепленного;

1,02102 – при уровне расходов на содержание ФАП более 100 руб. на одного прикрепленного;

Коэффициент дифференциации БПНФАПП по уровню плотности населения на обслуживаемой территории (КДпн) устанавливается в следующих размерах:

1,20000 – при уровне плотности населения менее 1,0 человека на км2;

1,03000 – при уровне плотности населения от 1,0 до 4,0 человек на км2;

1,00000 – при уровне плотности населения свыше 4,0 человек на км2;

0,93000 – для медицинских организаций, не имеющих территории обслуживания.

Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций устанавливается в следующих размерах:

0,99130 – при уровне расходов на содержание имущества АПП менее 0,7 тыс. руб. на 1 прикрепленного;

1,02205 – при уровне расходов на содержание имущества АПП от 0,71 до 1,2 тыс. руб. на 1 прикрепленного;

1,03303 – при уровне расходов на содержание имущества АПП свыше 1,2 тыс. руб. на 1 прикрепленного.

Районный коэффициент дифференциации БПНФАПП (КДсубi), рассчитывается для каждой медицинской организации по формуле:

КДсубi = Округл((0,6 × Кр + 0,4 × ИБР); 5)

(формула 8.5), где:

Кр – сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, которые установлены на обслуживаемой территории законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР;

ИБР (равный 1,59600) – расчетный уровень индекса бюджетных расходов Мурманской области на 2018 год.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива объединяются в схожие по значению группы с последующим расчетом средневзвешенного значения по каждой группе СКДинтi.

В целях стимулирования медицинских организаций к достижению установленных показателей деятельности ДПНФАПП делится на базовую (ДПНФАППбаз) и стимулирующую (ДПНФАППстим) части в соотношении 95,0% и 5,0% соответственно.

Поправочный коэффициент (КпопрАПП) рассчитывается по формуле:

КпопрАПП = Округл(Σ (Чi× КДинтi) / (ЧМО × Кдифф); 5)

(формула 8.5), где:

Чi – численность застрахованного населения, прикрепленного к i-ой медицинской организации;

КДинтi- интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, определенный для i-той медицинской организации;

Кдифф (равный 1,959) – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462.

Величина расходов по каждой группе затрат, включаемых в структуру ДПНФАПП, рассчитывается по следующим формулам:

ЛСиРМ = Округл((ДПНФАПП × ДоляЛСиРМ); 2)

(формула 8.6.1);

Пит = Округл((ДПНФАПП × ДоляПит); 2)

(формула 8.6.2);

ИныеР = Округл((ДПНФАПП × ДоляИныеР); 2)

(формула 8.6.3);

ЗПиН = ДПНФАПП – ЛСиРМ – Пит – ИныеР

(формула 8.6.4),

где:

ЗПиН, ЛСиРМ, Пит, ИныеР – величина расходов по группам затрат «заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда», «лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения», «питание» и «иные расходы» соответственно;

ДоляЛСиРМ, ДоляПит, ДоляИныеР, – доля затрат, установленная настоящим Тарифным соглашением для групп затрат «лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения», «питание» и «иные расходы» соответственно.

1. В структуру тарифа на простые медицинские услуги включены расходы в объеме, обеспечивающем весь комплекс мероприятий по оказанию простой медицинской услуги.

В структуру тарифа на проведение эндоскопических исследований не включены расходы на биопсию.

В структуру тарифа на биопсию включены расходы на проведение гистологического исследования биопсийного материала с учетом средней кратности проводимых исследований.

В структуру тарифа на патологоанатомическое вскрытие включены расходы на проведение гистологических исследований аутопсийного материала.

Размер и структура тарифов на простые медицинские услуги приведены в приложении № 4.4 к настоящему Тарифному соглашению, состоящему из трех разделов:

* + Раздел I – «Простые медицинские услуги, стоимость которых не включена в структуру подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях»;
  + Раздел II – «Простые медицинские услуги, стоимость которых не включена в структуру тарифа на посещение, оплачиваемые в пределах подушевого финансирования медицинских организаций»;
  + Раздел III – «Простые медицинские услуги, подлежащие оплате только в рамках централизованных взаиморасчетов между медицинскими организациями».

В случаях установления тарифа на 1 условную единицу трудоемкости (далее – УЕТ) для группы медицинских услуг тариф для каждой медицинской услуги, включенной в соответствующую группу,(SМУ) рассчитывается по формуле:

SМУ = Округл((ТУЕТ × НДУЕТ); 2)

(формула 8.7), где:

ТУЕТ – тариф на 1 УЕТ, установленный настоящим Тарифным соглашением для соответствующей группы медицинских услуг;

НДУЕТ – нормативная длительность медицинской услуги, выраженная в УЕТ, согласно Классификатору.

При этом величина расходов по группам затрат в стоимости медицинской услуги рассчитывается по формулам 8.6.1 – 8.6.4. Доля затрат для каждой группы затрат (ДоляГЗ) рассчитывается по формуле:

ДоляГЗ = Округл((ТГЗ / ТУЕТ \* 100%); 2),

(формула 8.8), где:

ТГЗ – установленная Тарифным соглашением величина расходов по соответствующей группе затрат в структуре тарифа на 1 УЕТ для соответствующей группы медицинских услуг.

1. В структуру тарифа на посещение при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях включены расходы в объеме, обеспечивающем весь комплекс необходимых лечебно-диагностических мероприятий, в том числе расходы на проведение операций (манипуляций), физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, услуги процедурного кабинета, проведение рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических, функциональных, лабораторных и прочих диагностических исследований.

В структуру тарифа на посещение при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при заболеваниях (состояниях), установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, не включены расходы на оказание простых медицинских услуг, стоимость которых не включена в структуру подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (раздел I приложения № 4.4 к настоящему Тарифному соглашению).

В структуру тарифа на посещение при оказании первичной медико-санитарной помощи а амбулаторных условиях на консультативном приеме, в центрах (отделениях, кабинетах) специализированных видов медицинской помощи, центрах охраны зрения, Центре скрининга онкопатологии у женщин, центрах (отделениях) вспомогательных репродуктивных технологий, центрах (отделениях) восстановительного лечения не включены расходы на проведение лечебно-диагностических услуг, на которые для соответствующих структурных подразделений медицинских организаций установлены отдельные тарифы (раздел II приложения № 4.4 к настоящему Тарифному соглашению).

Размер и структура тарифов на посещение при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях взрослому населению приведены в разделе I приложения № 4.5 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер и структура тарифов на посещение при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях детскому населению приведены в разделе II приложения № 4.5 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер и структура тарифов на посещение при оказании консультативной помощи приведены в разделе III приложения № 4.5 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер и структура тарифов на посещение при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в женских консультациях, центрах здоровья, Центре скрининга онкопатологии у женщин, центрах охраны зрения, травматологических пунктах, приемных отделениях стационаров, в рамках работы «поезда здоровья» приведены в разделе IV приложения № 4.5 к настоящему Тарифному соглашению.

В структуру тарифа на законченный случай проведения I этапа диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных групп населения включены расходы на проведение всего объема осмотров, исследований и иных мероприятий, предусмотренных соответствующими нормативными документами.

Размер и структура тарифов на законченный случай проведения I этапа диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных групп населения приведены в приложении № 4.6 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер и структура тарифов на простые и комплексные медицинские услуги при проведении I этапа диспансеризации отдельных групп населения и медицинских осмотров несовершеннолетних приведены в приложении № 4.7 к настоящему Тарифному соглашению. Данные тарифы применяются в следующих случаях:

* + для расчета стоимости законченного случая I этапа диспансеризации в случае, если число осмотров, исследований и иных мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего пола и возраста гражданина (подпункт «а» пункта 6 раздела VII настоящего Тарифного соглашения);
  + для оплаты исследований I этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года;
  + для расчета стоимости проведения I этапа медицинских осмотров несовершеннолетних.

Перечень стоматологических материалов, включаемых в структуру тарифа на комплексные медицинские услуги при оказании стоматологической медицинской помощи, приведен в приложении № 4.8 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер и структура тарифов на 1 УЕТ при оказании стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья) приведены в приложении № 4.9 к настоящему Тарифному соглашению.

Расчет стоимости медицинской услуги при оказании стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в порядке, установленном пунктом 2 настоящего раздела (формулы 8.7 и 8.8).

1. **Оплата медицинской помощи, оказанной**

**в стационарных условиях или условиях дневного стационара**

1. Средний норматив финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневных стационаров, оказанной на территории Мурманской области медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо составляет:
   * по страховым случаям и видам оказания медицинской помощи, установленным БПОМС – 1 634,51 рубля;
   * по страховым случаям и видам оказания медицинской помощи, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС – 12,31 рубля.

Средний норматив финансового обеспечения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оказанной на территории Мурманской области медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо составляет:

* + по страховым случаям и видам оказания медицинской помощи, установленным БПОМС – 9 612,37рубля;
  + по страховым случаям и видам оказания медицинской помощи, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, включая паллиативную помощь – 345,77 рубля.

Первичная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара оказывается в дневных стационарах и стационарах на дому, созданных при медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Специализированная медицинская помощь оказывается в круглосуточных стационарах, дневных стационарах при стационарах круглосуточного пребывания, центрах (отделениях) реабилитации.

Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в отделениях (на койках) паллиативной помощи, в отделениях (на койках) сестринского ухода, в хосписах.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, приведен в приложении № 6.1 к настоящему Тарифному соглашению.

Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи приведено в приложении № 6.2 к настоящему Тарифному соглашению.

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях или условиях дневного стационара, действуют следующие правила:

* расчеты за оказанную медицинскую помощь осуществляются по тарифам, действующим на дату выписки пациента из стационара (дневного стационара), за исключением случаев оказания паллиативной медицинской помощи;
* расчеты за оказанную паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях осуществляются по тарифам, действовавшим на дату лечения;
* возраст застрахованного лица для определения тарифа принимается по состоянию на дату начала лечения в стационаре (дневном стационаре);
* при определении фактической длительности лечения в дневном стационаре день поступления и день выписки считаются как 2 дня[[26]](#footnote-26). В случае совпадения дня поступления и дня выписки из дневного стационара фактическая длительность лечения принимается равной 1 дню[[27]](#footnote-27);
* при определении фактической длительности лечения в круглосуточном стационаре день поступления и день выписки считаются как 1 день[[28]](#footnote-28);
* при определении фактической длительности лечения для случаев оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях с кодом результата лечения 109 «Лечение продолжено» день поступления и день выписки считаются как 2 дня;
* при переводах пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот пациент считается как выбывший и вновь поступивший[[29]](#footnote-29);
* оплата прерванных (незаконченных) случаев лечения заболевания осуществляется в особом порядке. Признаки законченности случая лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневных стационаров) приведены в приложении № 6.9 к настоящему Тарифному соглашению.

1. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара по страховым случаям, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КПГ, (Приложение № 6.3 к настоящему Тарифному соглашению) в пределах стоимости медицинской помощи, установленной Комиссией для данного вида медицинской помощи на год.

Стоимость законченного случая лечения заболевания определяется как произведение тарифа на 1 пациенто-день, установленного настоящим Тарифным соглашением по соответствующей КПГ, на фактическую длительность лечения.

Прерванные (незаконченные) случаи лечения заболевания оплачиваются в том же порядке, что и законченные.

1. Оплата специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний, (Приложение № 6.4 к настоящему Тарифному соглашению) по установленным Тарифным соглашением тарифам на 1 законченный случай в пределах стоимости медицинской помощи, установленной Комиссией для данного вида медицинской помощи на год.

Прерванные (незаконченные) и сверхкороткие случаи лечения заболевания оплачиваются в том же порядке, что и законченные.

1. Оплата специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по страховым случаям, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, а также паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КПГ, (Приложение № 6.5 к настоящему Тарифному соглашению) в пределах стоимости медицинской помощи, установленной Комиссией для соответствующего вида медицинской помощи на год.

Стоимость законченного случая лечения заболевания определяется как произведение тарифа на 1 койко-день, установленного настоящим Тарифным соглашением по соответствующей КПГ, на фактическую длительность лечения.

Сверхдлительные (свыше 90 дней) случаи лечения при оказании паллиативной медицинской помощи включаются в реестр счетов на оплату медицинской помощи не реже одного раза в квартал с кодом результата лечения 109 «Лечение продолжено». При этом длительность предъявленного на оплату случая не может превышать 92 дня.

Если фактическая длительность лечения при оказании паллиативной медицинской помощи превышает 30 койко-дней медицинская организация имеет право предъявлять на оплату данный случай лечения заболевания помесячно с кодом результата лечения 109 «Лечение продолжено».

Прерванные (незаконченные) случаи лечения заболевания оплачиваются в том же порядке, что и законченные.

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, в том числе по профилю «Медицинская реабилитация» в санаторно-курортных организациях и реабилитационных отделениях (центрах) поликлиник, а также в дневных стационарах и стационарах на дому при поликлиниках осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (Приложения № 6.7 и № 6.8 к настоящему Тарифному соглашению).

При оплате медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневных стационаров) применяется система КСГ в соответствии с Методическими [рекомендациями](consultantplus://offline/ref=7EE7FF072475008827E5CD235EAB2A023AC46F5778F7801BBA5B764910E394CDED66A545B11ED772bDK) по способам оплаты специализированной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом от 21 ноября 2017 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №13572/26-2/и.

При переводе пациента внутри одной медицинской организации с одного профиля койки на другой по поводу лечения одного заболевания, либо заболеваний, входящих в один класс МКБ10, оплата осуществляется за один случай лечения заболевания по КСГ, которая имеет наиболее высокую стоимость. Длительность лечения при этом для данного случая определяется как суммарная продолжительность лечения за весь случай госпитализации.

При проведении медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение, оплата производится за каждый случай лечения заболевания по соответствующей КСГ.

При переводе пациента внутри одной медицинской организации с одного профиля койки на другой, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата осуществляется за каждый случай лечения заболевания по соответствующей КСГ.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же медицинской организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ10.

Оплата процедур диализа, включая различные методы, при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения, осуществляется за услугу (Приложение 6.11). 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 целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации ТПОМС за единицу объема в условиях дневных стационаров принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС) оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

В случае если госпитализация пациента по основному заболеванию и диализ проводятся в двух разных медицинских организациях, оплата производится по КСГ основного заболевания для медицинской организации, в которую госпитализирован пациент, и дополнительно за оказанные услуги для медицинской организации, в которой проводился диализ.

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ (КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ 4 «Родоразрешение» либо КСГ 5 «Кесарево сечение») возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более при оказании медицинской помощи в отделении патологии беременности по следующим кодам МКБ-10:

О14.1 Тяжелая преэклампсия;

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

При оказании медицинской помощи в отделении патологии беременности по КСГ 2 по другим кодам МКБ-10 (за исключением вышеперечисленных) с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ (КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ 4 «Родоразрешение» либо КСГ 5 «Кесарево сечение») возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более.

В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение, но стоимость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода оперативного вмешательства, меньше стоимости КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ10, оплата осуществляется по КСГ, выбранной на основании кода диагноза по МКБ 10, за исключением приведенных ниже комбинаций КСГ:

- в стационарных условиях:

| Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ | | Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги | |
| --- | --- | --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ, сформированной по услуге | № КСГ | Наименование КСГ,  сформированной по диагнозу |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 9 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень 2) | 9 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 10 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов |
| 35 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) | 244 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов |
| 76 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 18 | Воспалительные заболевания кишечника |
| 77 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 18 | Воспалительные заболевания кишечника |
| 173 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 179 | Болезни глаза |
| 173 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 271 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани |
| 245 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) | 242 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов |
| 256 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 266 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| 256 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 271 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани |
| 301 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 300 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые |
| 301 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 207 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети |

- в условиях дневных стационаров:

| Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ | | Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги | |
| --- | --- | --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ, сформированной по услуге | № КСГ | Наименование КСГ,  сформированной по диагнозу |
| 3 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 2 | Болезни женских половых органов |
| 4 | Операции на женских половых органах (уровень 2) | 2 | Болезни женских половых органов |
| 6 | Искусственное прерывание беременности (аборт) | 1 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| 7 | Аборт медикаментозный | 1 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| 17 | Операции на мужских половых органах, дети | 90 | Болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов |
| 35 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 9 | Болезни органов пищеварения, взрослые |
| 35 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 77 | Болезни органов пищеварения, дети |
| 36 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 9 | Болезни органов пищеварения, взрослые |
| 36 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 77 | Болезни органов пищеварения, дети |
| 71 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 70 | Болезни и травмы глаза |
| 91 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) | 90 | Болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов |
| 97 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 12 | Дерматозы |
| 97 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 89 | Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы |
| 98 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2) | 12 | Дерматозы |
| 98 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2) | 89 | Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей |
| 112 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 111 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые |
| 112 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 83 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети |

Стоимость одного случая лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по системе клинико-статистических групп рассчитывается по формуле:

SКСГсл = БС × Кзатр × Купр × КурСтац × КСЛП

(формула 9.1), где:

SКСГсл – стоимость случая лечения заболевания по системе клинико-статистических групп;

БС – базовая ставка финансирования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара), установленная Тарифным соглашением;

Кзатр – коэффициент относительной затратоемкости, установленный Тарифным соглашением для соответствующей КСГ;

Купр – управленческий коэффициент, установленный Тарифным соглашением для соответствующей КСГ;

КурСтац – коэффициент уровня стационара, установленный Тарифным соглашением для данной медицинской организации;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, учитывающий более высокий уровень затрат на пациента.

Коэффициент уровня стационара (КурСтац) не применяется к следующим КСГ в стационарных условиях:

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| 17 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 30 | Легкие дерматозы |
| 86 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 97 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| 172 | Замена речевого процессора |
| 208 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| 210 | Болезни желчного пузыря |
| 212 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| 213 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| 217 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| 235 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1) |
| 236 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2) |
| 243 | Болезни предстательной железы |
| 245 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |
| 246 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2) |
| 249 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1) |
| 250 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| 256 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| 266 | Артрозы, другие поражения суставов, мягких тканей |
| 272 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |
| 284 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 1) |
| 285 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| 286 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| 287 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| 288 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| 314 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| 316 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базовой терапии |
| 320 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |
| 325 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)\* |
| 326 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ)\* |
| 327 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 баллов по ШРМ)\* |
| 328 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)\* |
| 329 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы  (3 балла по ШРМ)\* |
| 330 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы  (4 балла по ШРМ)\* |
| 331 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы  (5 баллов по ШРМ)\* |
| 332 | Медицинская кардиореабилитация (3 балла по ШРМ)\* |
| 333 | Медицинская кардиореабилитация (4 балла по ШРМ)\* |
| 334 | Медицинская кардиореабилитация (5 баллов по ШРМ)\* |
| 335 | Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (3 балла по ШРМ)\* |
| 336 | Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (4 балла по ШРМ)\* |
| 337 | Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (5 баллов по ШРМ)\* |
| 338 | Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода\* |
| 339 | Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации\* |
| 340 | Медицинская реабилитация детей с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения\* |
| 341 | Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы\* |
| 342 | Медицинская реабилитация детей, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем\* |

\* за исключением санаторно-курортных организаций.

В условиях дневного стационара коэффициент уровня стационара (КурСтац) равен 1,0 за исключением следующих КСГ:

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| 32 | Болезни системы кровообращения, взрослые |
| 33 | Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов |
| 41 | Нарушения, возникшие в перинатальном периоде |
| 70 | Болезни и травмы глаза |
| 76 | Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, дети |
| 78 | Болезни органов дыхания |
| 79 | Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые |
| 80 | Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения |
| 115 | Другие болезни эндокринной системы, новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера, расстройства питания, другие нарушения обмена веществ |
| 119 | Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения |

Коэффициент сложности лечения пациента в стационарных условиях рассчитывается для каждого случая по формуле:

КСЛП= 1 + Кдет + Куход + Квозр + Кпарн + Кдлит

(формула 9.2), где:

Кдет – устанавливается в размере 0,1 для случаев оказания медицинской помощи детям до достижения возраста четырех лет, за исключением КСГ 107-113 в стационарных условиях;

Куход – устанавливается в размере 0,05 для случаев предоставления спального места и питания при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком от четырех до четырнадцати при наличии медицинских показаний;

Квозр – устанавливается в размере 0,02 для случаев оказания медицинской помощи пациентам старше 75 лет;

Кпарн – устанавливается в размере 0,2 для случаев проведения однотипных операций на парных органах/частях тела:

| Код операции | Наименование операции |
| --- | --- |
| А16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы |
| А16.26.094 | Имплантация интраокулярной линзы |
| 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 |
| A22.26.019 | Лазерная гониодесцеметопунктура |
| A22.26.023 | Лазерная трабекулопластика |
| A16.26.075 | Склеропластика |
| A16.26.075.001 | Склеропластика с использованием трансплантатов |
| A22.26.010 | Панретинальная лазерная коагуляция |
| 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 |
| A16.12.012 | Перевязка и обнажение варикозных вен |
| A16.04.014 | Артропластика стопы и пальцев ноги |
| A16.03.022.002 | Остеосинтез титановой пластиной |
| A16.03.022.006 | Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез |
| A16.03.033.002 | Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации |
| A16.03.022.004 | Интрамедуллярный стержневой остеосинтез |
| A16.03.022.005 | Остеосинтез с использованием биодеградируемых материалов |
| A16.03.024.005 | Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинируемых методов фиксации |
| A16.03.024.007 | Реконструкция кости. Корригирующая остеотомия при деформации стоп |
| A16.03.024.008 | Реконструкция кости. Корригирующая остеотомия бедра |
| A16.03.024.009 | Реконструкция кости. Корригирующая остеотомия голени |
| A16.03.024.010 | Реконструкция кости при ложном суставе бедра |
| A16.12.008.001 | Эндартерэктомия каротидная |
| A16.12.008.002 | Эндартерэктомия каротидная с пластикой |
| 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 |
| A16.20.032.007 | Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием |
| A16.20.103 | Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза |
| A16.26.011 | Зондирование слезных канальцев |
| A16.26.019 | Устранение эпикантуса |
| A16.26.020 | Коррекция 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 |

Кдлит – рассчитывается для случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации по формуле:

Кдлит = Округл((Длф – Длmax) / Длmax × КВЗ; 5)

(формула 9.3), где:

Длф – фактическая длительность лечения;

Длmax – критерий сверхдлительного случая для данной КСГ;

КВЗ – коэффициент возмещения затрат длительного случая. Для реанимационных КСГ № 22, 62, 220, 299, 322, 323, 324 равен 0,40, для остальных – 0,25.

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

* при сроке пребывания более 45 дней:

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| 45 | Детская хирургия, уровень 1 |
| 46 | Детская хирургия, уровень 2 |
| 108 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |
| 109 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |
| 161 | Лучевая терапия (уровень 2) |
| 162 | Лучевая терапия (уровень 3) |
| 233 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма) |
| 279 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2) |
| 280 | Панкреатит, хирургическое лечение |
| 298 | Ожоги (уровень 5) |

При оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) применяется:

* при проведении однотипных операций на парных органах/частях тела согласно перечню, приведенному выше, в размере 1,2;
* при проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения. Размер КСЛП определяется в зависимости от этапа программы ЭКО:

| № этапа | Наименование этапов проведения ЭКО | Значение КСЛП |
| --- | --- | --- |
| 1 | Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции) | 0,6 |
| 2 | Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов | 1,0 |
| 3 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов | 1,0 |
| 4 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов | 1,1 |
| 5 | Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки | 0,19 |

Оплата прерванных и коротких (длительностью 3 дня и менее) случаев лечения осуществляется в проценте от стоимости законченного случая лечения, рассчитанной по общим правилам. Конкретная доля оплаты каждого прерванного (короткого) случая лечения приведена в приложении №6.10 к настоящему Тарифному соглашению.

В случаях, когда доля оплаты зависит от длительности лечения пациента, рассчитывается коэффициент длительности прерванного (короткого) случая лечения по формуле:

Кдл\_кор = Округл(Длф / Длср; 5)

(формула 9.4), где:

Длф – фактическая длительность лечения;

Длср – нормативная (средняя) длительность лечения, установленная Тарифным соглашением для соответствующей КСГ.

По результатам медико-экономического контроля выполнения планового задания по стоимости медицинской помощи стоимость одного случая лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара), подлежащая оплате по системе КСГ в расчетном периоде, ($КСГсл) рассчитывается по формуле:

$КСГсл = SКСГсл × КпопрСт + ТДиал ×УДиал

(формула 9.5), где:

КпопрСт – поправочный коэффициент, рассчитываемый ежемесячно нарастающим итогом с начала года в целях приведения в соответствие стоимости оказанной стационарной помощи объему финансовых средств, предусмотренному плановым заданием;

ТДиал –тариф на услуги диализа;

УДиал – количество услуг диализа.

Поправочный коэффициент рассчитывается для каждой медицинской организации по формуле:

Min(Σ SКСГ; Σ ПSКСГ) – Σ $КСГ

КпопрСт = Округл((−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−−); 10)

Σ SКСГсл

(формула 9.6), где:

Min(значение1; значение2) – функция выбора наименьшего значения из указанных;

Σ SКСГ – суммарная стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по системе клинико-статистических групп согласно реестрам счетов, предъявленных на оплату за период с начала года по расчетный месяц включительно;

Σ ПSКСГ – плановая стоимость специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по системе клинико-статистических групп за период с начала года по расчетный месяц включительно, утвержденная Комиссией для данной медицинской организации;

Σ $КСГ – суммарная стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара), принятая к оплате по системе КСГ с учетом медико-экономического контроля выполнения планового задания по стоимости медицинской помощи за период с начала года по месяц, предшествующий расчетному, включительно;

Σ SКСГсл – стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по системе клинико-статистических групп согласно реестру счетов, предъявленных на оплату за расчетный месяц.

Для случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, КпопрСт принимается равным 1,00000.

Если в расчетном месяце КпопрСт принимает значение больше 1,00000, то по каждой страховой медицинской организации КпопрСт рассчитывается по формуле:

КпопрСт = 1 + Округл((Min (Σ SКСГ; Σ ПSКСГ) – Σ $КСГ – Σ SКСГсл) /

/ (Σ SКСГпр – Σ $КСГ) × (Σ SСМО\_КСГ – Σ $СМО\_КСГ) / Σ SСМО\_КСГсл; 10)

(формула 9.7), где:

Min(значение1; значение2) – функция выбора наименьшего значения из указанных;

Σ SКСГ – суммарная стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по системе клинико-статистических групп согласно реестрам счетов, предъявленных на оплату за период с начала года по расчетный месяц включительно;

Σ ПSКСГ – плановая стоимость специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по системе клинико-статистических групп за период с начала года по расчетный месяц включительно, утвержденная Комиссией для данной медицинской организации;

Σ $КСГ – суммарная стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара), принятая к оплате по системе КСГ с учетом медико-экономического контроля выполнения планового задания по стоимости медицинской помощи за период с начала года по месяц, предшествующий расчетному, включительно;

Σ SКСГсл – стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по системе клинико-статистических групп согласно реестру счетов, предъявленных на оплату за расчетный месяц;

Σ SКСГпр – суммарная стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по системе клинико-статистических групп согласно реестрам счетов, предъявленных на оплату за период с начала года по месяц, предшествующий расчетному, включительно;

Σ SСМО\_КСГ – суммарная стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по системе клинико-статистических групп согласно реестрам счетов, предъявленных на оплату за период с начала года по месяц, предшествующий расчетному, включительно по данной СМО;

Σ $СМО\_КСГ – суммарная стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара), принятая к оплате по системе КСГ с учетом контроля выполнения планового задания по финансовым показателям за период с начала года по месяц, предшествующий расчетному, включительно по данной СМО;

Σ SСМО\_КСГсл – стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара) по системе клинико-статистических групп согласно реестру счетов, предъявленных на оплату за расчетный месяц по данной СМО.

Объем финансирования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (условиях дневного стационара), по системе клинико-статистических групп рассчитывается как суммарная стоимость всех случаев лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневного стационара), подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля выполнения планового задания по стоимости медицинской помощи.

Общий объем финансирования медицинской организации за оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров лицам, застрахованным на территории Мурманской области, (ФДС) рассчитывается по формуле:

ФДС = ФДСС\_СвБПОМС + ФДС\_КСГ + SДС\_УСО – SДС\_МЭК

(формула 9.8), где:

ФДСС\_СвБПОМС – объем финансирования медицинской организации за оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневных стационаров по страховым случаям, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, рассчитанный в соответствии с пунктом 6 настоящего раздела;

ФДС\_КСГ – объем финансирования медицинской организации за оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров по страховым случаям, установленным БПОМС, подлежащих оплате по системе КСГ (с учетом стоимости диализа), рассчитанный в соответствии с пунктом 10 настоящего раздела;

SДС\_УСО – финансовый результат взаиморасчетов за услуги сторонних организаций, оказанные пациентам, получающим медицинскую помощь в условиях дневных стационаров. Рассчитывается согласно Порядку проведения централизованных взаиморасчетов между медицинскими организациями при оказании ими медицинской помощи по ТПОМС, являющемся неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения (приложение № 5.2);

SДС\_МЭК – сумма снижения (увеличения) финансирования медицинской организации за оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

1. Общий объем финансирования медицинской организации за оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях лицам, застрахованным на территории Мурманской области, (ФСКП) рассчитывается по формуле:

ФСКП = ФСКП\_ВМП + ФСКП\_СвБПОМС + ФСКП\_КСГ + SСКП\_УСО – SСКП\_МЭК

(формула 9.9), где:

ФСКП\_ВМП – объем финансирования медицинской организации за оказание специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях, рассчитанный в соответствии с пунктом 7 настоящего раздела;

ФСКП\_СвБПОМС – объем финансирования медицинской организации за оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по страховым случаям, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, и паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, рассчитанный в соответствии с пунктом 9 настоящего раздела;

ФСКП\_КСГ – объем финансирования медицинской организации за оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по страховым случаям, установленным БПОМС, подлежащим оплате по системе КСГ (с учетом стоимости диализа), рассчитанный в соответствии с пунктом 10 настоящего раздела;

SСКП\_УСО – финансовый результат взаиморасчетов за услуги сторонних организаций, оказанные пациентам, получающим медицинскую помощь в стационарных условиях. Рассчитывается согласно Порядку проведения централизованных взаиморасчетов между медицинскими организациями при оказании ими медицинской помощи по ТПОМС, являющемся неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения (приложение № 5.2).

SСКП\_МЭК – сумма снижения (увеличения) финансирования медицинской организации за оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

1. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневных стационаров), оказанной лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, осуществляется в порядке, установленном пунктами 2-10 настоящего раздела.

Объем финансирования медицинской организации за оказание медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневных стационаров) лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, (ФСКПинобл; ФДСинобл) определяется на основании принятых к оплате реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи и рассчитывается по формулам 9.8 и 9.9 соответственно.

1. **Размер и структура тарифов**

**на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях или условиях дневных стационаров**

1. В структуру тарифа на оказание медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневных стационаров) включены расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и (или) требующего постоянной поддерживающей терапии, в том числе расходы на проведение лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических, функциональных лечебно-диагностических исследований, гистологических исследований биопсийного и операционного материала, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, аппаратное лечение, консультации штатных и внештатных специалистов и другие аналогичные расходы.
2. Размер и структура тарифов на 1 законченный случай лечения заболевания для оплаты специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по страховым случаям, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, и нормативная длительность лечения приведены в приложении № 6.3 к настоящему Тарифному соглашению.
3. Тарифы на 1 законченный случай лечения заболевания с применением высоких технологий (ТВМП) рассчитываются по формуле:

ТВМП = НЗПГГ × (Кдифф × d + (1 – d))

(формула 10.1), где:

НЗПГГ – норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в БПОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленный Программой;

Кдифф (равный 1,959) – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462;

d – доля норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в БПОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленного Программой, к которой применяется коэффициент дифференциации.

Размер НЗПГГ и d приведены в таблице.

| Наименование профиля ВМП | № группы ВМП | НЗПГГ | D |
| --- | --- | --- | --- |
| Абдоминальная хирургия | 1 | 154 930 | 15 |
| Абдоминальная хирургия | 2 | 165 825 | 30 |
| Акушерство и гинекология | 3 | 117 513 | 30 |
| Акушерство и гинекология | 4 | 177 323 | 30 |
| Гастроэнтерология | 5 | 124 170 | 15 |
| Гематология | 6 | 138 054 | 30 |
| Гематология | 7 | 417 264 | 15 |
| Детская хирургия в период новорожденности | 8 | 236 262 | 45 |
| Дерматовенерология | 9 | 93 154 | 30 |
| Комбустиология | 10 | 482 629 | 45 |
| Комбустиология | 11 | 1 448 831 | 30 |
| Нейрохирургия | 12 | 150 213 | 30 |
| Нейрохирургия | 13 | 231 203 | 15 |
| Нейрохирургия | 14 | 148 419 | 15 |
| Нейрохирургия | 15 | 213 346 | 15 |
| Нейрохирургия | 16 | 268 523 | 30 |
| Нейрохирургия | 17 | 365 395 | 30 |
| Неонатология | 18 | 232 135 | 15 |
| Неонатология | 19 | 339 463 | 15 |
| Онкология | 20 | 117 668 | 30 |
| Онкология | 21 | 89 493 | 45 |
| Онкология | 22 | 123 869 | 30 |
| Оториноларингология | 23 | 105 185 | 30 |
| Оториноларингология | 24 | 62 875 | 30 |
| Офтальмология | 25 | 65 790 | 30 |
| Офтальмология | 26 | 80 923 | 30 |
| Педиатрия | 27 | 76 001 | 30 |
| Педиатрия | 28 | 160 255 | 15 |
| Педиатрия | 29 | 90 715 | 30 |
| Ревматология | 30 | 121 359 | 30 |
| Сердечно-сосудистая хирургия | 31 | 160 506 | 15 |
| Сердечно-сосудистая хирургия | 32 | 220 696 | 15 |
| Сердечно-сосудистая хирургия | 33 | 280 886 | 15 |
| Сердечно-сосудистая хирургия | 34 | 143 251 | 15 |
| Сердечно-сосудистая хирургия | 35 | 196 970 | 15 |
| Сердечно-сосудистая хирургия | 36 | 250 689 | 15 |
| Сердечно-сосудистая хирургия | 37 | 130 093 | 30 |
| Сердечно-сосудистая хирургия | 38 | 243 443 | 15 |
| Сердечно-сосудистая хирургия | 39 | 215 878 | 30 |
| Сердечно-сосудистая хирургия | 40 | 319 910 | 45 |
| Торакальная хирургия | 41 | 134 091 | 15 |
| Торакальная хирургия | 42 | 234 462 | 15 |
| Травматология и ортопедия | 43 | 129 281 | 15 |
| Травматология и ортопедия | 44 | 192 560 | 15 |
| Травматология и ортопедия | 45 | 251 413 | 30 |
| Травматология и ортопедия | 46 | 135 093 | 30 |
| Травматология и ортопедия | 47 | 321 343 | 15 |
| Урология | 48 | 87 512 | 30 |
| Урология | 49 | 128 416 | 30 |
| Челюстно-лицевая хирургия | 50 | 113 676 | 30 |
| Эндокринология | 51 | 174 111 | 15 |
| Эндокринология | 52 | 94 341 | 30 |

Размер и структура тарифов на 1 законченный случай лечения заболевания для оплаты специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях и нормативная длительность лечения приведены в приложении № 6.4 к настоящему Тарифному соглашению.

1. Размер и структура тарифов на 1 койко-день для оплаты паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях и специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по страховым случаям, включенным в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, приведены в приложении № 6.5 к настоящему Тарифному соглашению.
2. Размеры базовых ставок финансирования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров по системе клинико-статистических групп (БССКП и БСДС соответственно) и коэффициентов уровня оказания специализированной медицинской помощи для соответствующих групп медицинских организаций приведены в приложении № 6.6 к настоящему Тарифному соглашению.
3. Базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара по системе клинико-статистических групп (БСДС) определяется исходя из общего объема средств на финансовое обеспечение специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по нормативам, установленным ТПОМС, общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по каждой медицинской организации и каждой КСГ, и среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ. Базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневных стационаров рассчитывается по формуле:

БСДС\_КСГ = SДС / (ЧслКСГ × СКпопрКСГ)

(формула 10.2), где:

SДС\_КСГ – общий объем средств, установленный ТПОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи в условиях дневных стационаров при заболеваниях (состояниях), установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (за исключением средств, предусмотренных для оплаты услуг диализа, включающего различные методы, случаев оказания специализированной медицинской помощи в дневных стационарах, оказанной за пределами Мурманской области лицам, застрахованным на территории Мурманской области, а также средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным);

ЧслКСГ – общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ. Плановое количество случаев лечения по каждой медицинской организации и каждой КСГ определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляемого в соответствии с главой 10 Закона об ОМС.

СКпопрКСГ – средний поправочный коэффициент оплаты КСГ рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

СКпопрКСГ = Σ (Кзатрi × Купрi × КурСтац × Чслi) / ЧслКСГ

(формула 10.3), где:

Кзатрi – коэффициент относительной затратоемкости по i-ой КСГ;

Купрi – управленческий коэффициент по i-ой КСГ;

КурСтац – коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, установленный для соответствующей группы медицинских организаций,

Чслi – количество случаев по i-ой КСГ.

Значения коэффициентов оплаты медицинской помощи в условиях дневных стационаров по системе КСГ (Кзатрi и Купрi), плановая структура затрат, нормативная длительность лечения для каждой КСГ приведены в приложении № 6.7 к настоящему Тарифному соглашению.

1. Базовая ставка финансирования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по системе клинико-статистических групп (БССКП) определяется исходя из общего объема средств на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным ТПОМС, общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по каждой медицинской организации и каждой КСГ, и среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ. Базовая ставка финансирования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рассчитывается по формуле:

БССКП = SСКП\_КСГ / (ЧслКСГ × СКпопрКСГ)

(формула 10.4), где:

SСКП\_КСГ – общий объем средств, установленный ТПОМС на финансовое обеспечение специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при заболеваниях (состояниях), установленных БПОМС (за исключением средств, предусмотренных для оплаты услуг диализа, включающего различные методы, высокотехнологичной медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной за пределами Мурманской области лицам, застрахованным на территории Мурманской области, а также средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным);

ЧслКСГ – общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ. Плановое количество случаев лечения по каждой медицинской организации и каждой КСГ определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляемого в соответствии с главой 10 Закона об ОМС.

СКпопрКСГ – средний поправочный коэффициент оплаты КСГ рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

СКпопрКСГ = Σ (Кзатрi × Купрi × КурСтац × Чслi) / ЧслКСГ

(формула 10.5), где:

Кзатрi – коэффициент относительной затратоемкости по i-ой КСГ;

Купрi – управленческий коэффициент по i-ой КСГ;

КурСтац – коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, установленный для соответствующей группы медицинских организаций,

Чслi – количество случаев по i-ой КСГ.

Значения коэффициентов оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по системе КСГ (Кзатрi и Купрi), плановая структура затрат, нормативная длительность лечения для каждой КСГ приведены в приложении № 6.8 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер и структура тарифа на оказание услуг диализа, применяемых дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, приведены в приложении 6.11 к настоящему Тарифному соглашению.

Расчет плановой структуры затрат осуществляется в порядке, установленном разделом VIII настоящего Тарифного соглашения (формулы 8.6.1 – 8.6.4).

1. **Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями**
2. Оплата медицинской помощи производится с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями, проводимого в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230[[30]](#footnote-30).

По результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи к медицинской организации могут быть применены санкции в виде неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание и (или) оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеры применяемых санкций (далее – Перечень) приведен в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

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

С = Н + Сшт

(формула 11.1), где:

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

Сшт – размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

Н = РТ × Кно

(формула 11.2), где:

РТ – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи (для случаев оплаты медицинской помощи по системе КСГ применяется стоимость случая лечения заболевания до применения поправочного коэффициента);

Кно – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, устанавливаемый согласно Перечню.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, (Сшт) рассчитывается по формуле:

Сшт = РП × Кшт

(формула 11.3), где:

РП – размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

Кшт – коэффициент для определения размера штрафа, устанавливаемый согласно Перечню.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию[[31]](#footnote-31).

1. **Заключительные положения**
2. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами, распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2018, и действует по 31.12.2018.
3. При наличии у Стороны предложений о внесении изменений и (или) дополнений в Тарифное соглашение, она направляет свои предложения в адрес Сторон, указанных в настоящем Тарифном соглашении.
4. Поступившие предложения о внесении изменений и (или) дополнений в Тарифное соглашение рассматриваются Сторонами не позднее 30 календарных дней с даты поступления.
5. Любые изменения и (или) дополнения, вносимые в настоящее Тарифное соглашение, действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны представителями Сторон.
6. Все изменения и (или) дополнения, вносимые в настоящее Тарифное соглашение, оформляются дополнительными соглашениями к нему.
7. **Приложения к Тарифному соглашению**

Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие Приложения:

| № | Наименование приложения | Кол-во  листов |
| --- | --- | --- |
| 1. | Перечень принятых сокращений наименований медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС | 2 |
| 2. | Плановое задание по объемам и стоимости медицинской помощи на 2018 год | 2 |
| 3.1. | Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации | 1 |
| 3.2. | Размер и структура дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации | 1 |
| 3.2.1. | Коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации) | 1 |
| 3.3. | Размер и структура тарифов на 1 вызов скорой медицинской помощи | 1 |
| 4.1. | Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях | 2 |
| 4.2. | Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу | 1 |
| 4.3. | Размер и структура дифференцированных подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях | 1 |
| 4.3.1. | Коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях) | 1 |
| 4.4. | Размер и структура тарифов на простые медицинские услуги | 5 |
| 4.5. | Размер и структура тарифов на посещение | 19 |
| 4.6. | Размер и структура тарифов на законченный случай проведения I этапа диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных групп населения | 2 |
| 4.7. | Размер и структура тарифов на простые и комплексные медицинские услуги при проведении I этапа диспансеризации отдельных групп населения и I этапа медицинских осмотров несовершеннолетних | 2 |
| 4.8. | Перечень стоматологических материалов, включаемых в структуру тарифа на комплексные медицинские услуги при оказании стоматологической медицинской помощи по ТПОМС | 1 |
| 4.9. | Размер и структура тарифа на 1 УЕТ при оказании стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением стоматологической медицинской помощи в центрах здоровья) | 1 |
| 5.1. | Порядок оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях (с приложением) | 5 |
| 5.2. | Порядок проведения централизованных взаиморасчетов между медицинскими организациями при оказании ими медицинской помощи по ТПОМС | 4 |
| 6.1. | Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров | 2 |
| 6.2. | Распределение медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях (условиях дневных стационаров), по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи | 2 |
| 6.3. | Размер и структура тарифа на 1 пациенто-день для оплаты специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара при заболевания (состояниях), включенных в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС; нормативная длительность лечения | 1 |
| 6.4. | Размер и структура тарифа на 1 законченный случай лечения заболевания для оплаты специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях; нормативная длительность лечения | 4 |
| 6.5. | Размер и структура тарифа на 1 койко-день лечения заболевания в стационарных условиях при заболеваниях (состояниях), включенных в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, а также при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях; нормативная длительность лечения | 1 |
| 6.6. | Размер базовых ставок финансирования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров по системе клинико-статистических групп, коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи | 1 |
| 6.7. | Перечень КСГ для оплаты специализированной медицинской помощи в условиях дневных стационаров, коэффициенты оплаты по КСГ (коэффициент относительной затратоемкости и управленческий коэффициент), нормативная длительность лечения, структура затрат | 4 |
| 6.8. | Перечень КСГ для оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, коэффициенты оплаты по КСГ (коэффициент относительной затратоемкости и управленческий коэффициент), нормативная длительность лечения, структура затрат | 9 |
| 6.9. | Признаки законченности случая лечения заболевания в стационарных условиях (условиях дневных стационаров) | 2 |
| 6.10. | Доля оплаты прерванных и коротких случаев лечения | 11 |
| 6.11. | Размер и структура тарифа на оказание услуг диализа | 1 |
| 7. | Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеры применяемых санкций | 3 |
| 8. | Справочник комплексных медицинских услуг | 9 |
| 9. | Справочник простых медицинских услуг | 41 |
| 10. | Справочник медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи в амбулаторных условиях | 4 |

1. **Подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| От Министерства  здравоохранения  Мурманской области | Министр    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_В.Г. Перетрухин |
| От Территориального фонда обязательного медицинского страхования Мурманской области | Директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_В.А.Акульчев |
| От Мурманского филиала  АО «Страховая компания  «СОГАЗ-Мед» | Директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.В. Чернякова |
| От Мурманского филиала  ООО «АльфаСтрахование-ОМС» | Директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_З.В.Кондратьева |
| От Мурманской областной организации профсоюзов работников здравоохранения РФ | Представитель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С.В. Андреев |

1. *Пункт 8 статьи 3 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Письмо Минздрава России и ФФОМС от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080, № 13572/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Письмо Минздрава России от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305 «О направлении рекомендаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней»* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Информационно-методическое письмо Минздрава России от 28.02.2013 № 15-4/10/2-1326 «О направлении граждан Российской Федерации для проведения процедуры ЭКО»* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Письмо Минздрава России и ФФОМС от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080, № 13572/26-2/и* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Письмо Минздрава России и ФФОМС от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080, № 13572/26-2/и* [↑](#footnote-ref-6)
7. *Создана в соответствии с пунктом 9 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ на основании постановления Правительства Мурманской области от 30.12.2011 № 743-ПП* [↑](#footnote-ref-7)
8. *Пункт 15 статьи 3 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»* [↑](#footnote-ref-8)
9. *Создана на основании пункта 5 Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (Приложение № 1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н)*  [↑](#footnote-ref-9)
10. *Основание: Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Мурманской области* [↑](#footnote-ref-10)
11. *Основание: пункт 17 статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ* [↑](#footnote-ref-11)
12. *Основание: пункт 8 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ* [↑](#footnote-ref-12)
13. *Основание: пункт 9 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ* [↑](#footnote-ref-13)
14. *Основание: пункт 3 статьи 3 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ* [↑](#footnote-ref-14)
15. *Основание: пункт 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ* [↑](#footnote-ref-15)
16. *Основание: пункт 8 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ; постановление Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 №1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»* [↑](#footnote-ref-16)
17. *Письмо ФФОМС от 17.02.2016 №1195/26/и* [↑](#footnote-ref-17)
18. *В соответствии с приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации»* [↑](#footnote-ref-18)
19. *Основание: Инструкция по заполнению формы отраслевой статистической отчетности № 40 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» (утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.12.2009 № 942)* [↑](#footnote-ref-19)
20. *Рассчитывается Министерством финансов Российской Федерации в соответствии с Методикой распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22.11.2004 № 670* [↑](#footnote-ref-20)
21. *Основание: приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 29.06.2016 № 452 «Об оказании консультативной помощи населению Мурманской области»*  [↑](#footnote-ref-21)
22. *Основание: пункт 2 статьи 70 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ* [↑](#footnote-ref-22)
23. *Основание: Приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 29.06.2016 № 452 «Об оказании консультативной помощи населению Мурманской области»* [↑](#footnote-ref-23)
24. *Основание: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.03.2007 № 156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине»; приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»* [↑](#footnote-ref-24)
25. *Основание: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»* [↑](#footnote-ref-25)
26. *Основание: Инструкция по заполнению учетной формы 14ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения» (утверждена приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 548); Инструкция по заполнению учетной формы № 007/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (утверждена приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 545)* [↑](#footnote-ref-26)
27. *Основание: Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 03.03.2014 №809/30-3 «О порядке учета пациента-дней в дневном стационаре»* [↑](#footnote-ref-27)
28. *Инструкция по заполнению учетной формы № 007/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (утверждена приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 545)* [↑](#footnote-ref-28)
29. *Инструкция по заполнению учетной формы № 007/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (утверждена приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 545)* [↑](#footnote-ref-29)
30. *Основание: пункт 1 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ* [↑](#footnote-ref-30)
31. *Основание: Статья 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ* [↑](#footnote-ref-31)