

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

Владимир

«20» января 2021 г.

Департамент здравоохранения Владимирской области в лице директора Е.Д. Утемовой, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Владимирской области в лице первого заместителя директора О.Ю. Серковой, Владимирская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ в лице председателя С.Г. Солохиной, страховые медицинские организации, функционирующие в сфере ОМС Владимирской области, в лице директора филиала ООО «СК Ингосстрах-М» в г. Владимире Н.И. Морозовой, Региональная общественная организация «Врачебная палата Владимирской области» в лице члена общественной организации Т.А. Беловой, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее тарифное соглашение о нижеследующем:

I. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», постановлением администрации Владимирской области от 28.12.2020 № 891 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», приказом ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение к письму Минздрава России № 11-7/И/2-20691 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020) и иными нормативными правовыми актами.

1.2. Предметом тарифного соглашения является установление способов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, применяемых во Владимирской области, размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, порядка расчета тарифов на оплату медицинской помощи, размеров неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неказание, несвоевременное оказание медицинской помощи либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.3. Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих территориальную программу обязательного медицинского страхования Владимирской области.

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

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

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

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

медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

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

медицинская организация – организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования;

страховая медицинская организация – страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке, и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

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

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

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

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;

оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов;

базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи (средняя стоимость законченного случая лечения);

коэффициент относительной затратоемкости - устанавливаемый Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

коэффициент дифференциации - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

коэффициент уровня медицинской организации - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах

расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

коэффициент подуровня медицинской организации - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный объективными причинами;

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

оплата медицинской помощи за услугу - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи;

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

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

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

экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата;

высокотехнологичная медицинская помощь – является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые во Владимирской области

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

– за посещение с целью оказания неотложной медицинской помощи;

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

– медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья;

– посещения по поводу заболевания с консультативной целью в консультативные поликлиники ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница», ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» и ГБУЗ ВО «Областной центр специализированных видов медицинской помощи», ГБУЗ ВО «Областной перинатальный центр»;

- отдельных медицинских услуг, диагностических(лабораторных) (в том числе используется при оплате компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии/ /компьютерной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсионного(операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) и услуг гемодиализа.

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

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

При оплате стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение, обращение с учетом условных единиц трудоемкости (УЕТ). За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут.

При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям рекомендуется учитывать условные единицы трудоемкости в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи (приложение № 3 к настоящему тарифному соглашению) и средней кратностью УЕТ в единице объема, которая в среднем составляет 4,2:

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

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

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

централизованными лабораториями пациентам, прикрепленным к данной медицинской организации).

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»). Оценка показателей объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, необходимо проводить в соответствии с приложением к тарифному соглашению (приложение № № 32).

Случаи оказания медицинской помощи выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями;
- дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, в том числе дистанционное мониторинг отдельных показателей при хронических неинфекционных заболеваниях (финансовое обеспечение в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования дистанционного наблюдения граждан трудоспособного возраста с артериальной гипертензией высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений осуществляется с 2022 года).

Оплата оказанной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив

финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Оплата оказанной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий для медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население, производится по отдельному тарифу (в том числе в рамках междуцережденческих расчетов).

Медицинские организации (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (приложение № 2.1 к настоящему тарифному соглашению).

В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ или КППГ.

Особенности оплаты медицинской помощи в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ.

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день, которое проводится в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях, которые оплачивается по отдельному тарифу.

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

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

2.2.2. Способы оплаты специализированной медицинской помощи в условиях стационара:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, за законченный случай лечения заболевания по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара);

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

2.2.3 Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Минздрава России и ФОМС от 30.12.2020 №11-7/И/2-20631/ и 30.12.2020 №00-10-26-2-04/11-51) и на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- a. Диагноз (код по МКБ 10);
- b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- c. Схема лекарственной терапии;
- d. МНН лекарственного препарата;
- e. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;
- h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- k. Длительность лечения;
- l. Этап проведения экстракорпорального оплодотворения;
- m. Показания к применению лекарственного препарата;
- n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- o. Степень тяжести заболевания.

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

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

2.2.4. В случае проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью в период его нахождения в стационаре заместительной почечной терапии методом гемодиализа оплата производится за фактически проведенные сеансы по тарифу на услугу (сутки, день обмена), дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения (приложение № 12 к настоящему тарифному соглашению).

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

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

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

Таблица 2.1.

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

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангинефротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.062	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.063	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.064	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.065	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.066	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.067	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.068	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.069	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.070	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.071	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.072	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.073	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.074	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

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

В случае проведения пациенту хирургической операции и(или) проведения тромболитической терапии, длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней, случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

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

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
st10.004	Аппендэктомия, дети (уровень 2)
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st13.008	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)
st13.009	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st13.010	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
st16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.104	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st25.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
st25.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
st25.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)
st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)
st25.010	Операции на сосудах (уровень 3)
st25.011	Операции на сосудах (уровень 4)
st25.012	Операции на сосудах (уровень 5)
st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)
st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах

№ КСГ	Наименование КСГ
	средостения (уровень 2)
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.008	Эндопротезирование суставов
st29.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
st29.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
st31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
st31.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
st31.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.015	Остеомиелит (уровень 3)
st31.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
st32.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st32.019	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
st32.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
st34.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения 3 дня и менее дней случай, оплачиваются в размере 30% от стоимости КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения более 3-х дней случай, оплачиваются в размере 70% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному приложением 30 к настоящему тарифному соглашению, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с

Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.7. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного (в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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

1. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

2. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

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

4. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

5. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные

с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

При этом если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.2.8. Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи.

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», утвержденной постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299, перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской

помощи, утвержденным постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

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

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

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

2.2.9 Порядок оплаты для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019)

Оплата случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 осуществляется по следующим КСГ(st12.015-st12.019)

Формирование групп осуществляется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1» - «stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)»
Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке .

2.2.10 Порядок оплаты медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»

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

Для КСГ NN st37.001 – st37.013, st37.021– st37.023 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) согласно приложению № 29 к настоящему тарифному соглашению.

Шкала реабилитационной маршрутизации установлена Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

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

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

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

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

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

2.2.11 Порядок оплаты медицинской помощи по профилю «Акушерство гинекология».

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

2.2.12 Порядок случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией

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

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

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

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

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

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

2.3.3. Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Минздрава России и ФОМС от 30.12.2020 №11-7/И/2-20631/ и 30.12.2020 №00-10-26-2-04/11-51) и на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- a. Диагноз (код по МКБ 10);
- b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой, а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- c. Схема лекарственной терапии;
- d. МНН лекарственного препарата;
- e. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;
- h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- k. Длительность лечения;

- l. Этап проведения экстракорпорального оплодотворения;
- m. Показания к применению лекарственного препарата;
- n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- o. Степень тяжести заболевания.

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

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

Таблица 2.2

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

ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
ds19.037	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.038	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.039	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.040	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.041	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*

ds19.042	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.043	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.044	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.045	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.046	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.047	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
ds19.048	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.049	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

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

В случае проведения пациенту хирургической операции и(или) проведении тромболитической терапии, длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

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

ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети
ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
ds10.001	Операции по поводу грыж, дети
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds16.002	Операции на периферической нервной системе
ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы

ds31.006	Операции на молочной железе
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения 3 дня и менее случай, оплачиваются в размере 30% от стоимости КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения более 3-х дней случай, оплачиваются в размере 70% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

2.3.5 Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением 1 к настоящим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

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

При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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

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

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

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

2.3.8 Порядок оплаты медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»

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

Для КСГ NN ds37.001 – ds 37.008, ds 37.015– ds 37.023 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) согласно приложению № 29 к настоящему тарифному соглашению.

Шкала реабилитационной маршрутизации установлена Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

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

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

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

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

При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

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

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

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.
5. Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов.

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств

обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Отнесение к КСГ для оплаты случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов ЭКО.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

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

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

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

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

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

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

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

Случаи оказания медицинской помощи выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2.5. Уровень медицинских организаций

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

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

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», и включают в себя: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской

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

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

3.1.1. Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Владимирской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 4 649,30 руб.

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

- расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (таблица 6 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

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

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

- медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья;

- посещения по поводу заболевания с консультативной целью;

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

- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

3.1.3. Объем финансового обеспечения амбулаторной помощи,

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

а) дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (таблица 5 приложения №7 к настоящему тарифному соглашению);

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

При установлении дифференцированного подушевого норматива для медицинских организаций применяются:

а) средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Владимирской области, в расчете на одно застрахованное лицо;

б) Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях (таблица 1 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

в) коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, учитывающие объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) (таблица 2 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

г) коэффициенты специфики оказания медицинской помощи (таблица 4 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению), учитывающие в том числе половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации (приложение №8 к настоящему тарифному соглашению);

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

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

а) на посещения с профилактической целью врачей-специалистов, на посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, на посещения к врачам-специалистам по поводу заболевания, на обращения к врачам-

специалистам по поводу заболевания, на 1 УЕТ при оплате стоматологической помощи (приложение № 9 к настоящему тарифному соглашению);

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

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

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

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

3.2. Размер тарифов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.2.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара составляет 36 305,79 руб.

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к ее базовой ставке составляет 0,65.

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

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

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

3.2.3.1. Коэффициент специфики – устанавливается для конкретной КСГ или КПП с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализаций при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (за исключением медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований). Кроме того, данный коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

Для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых

административных территориальных образований, коэффициент принимается равным 1,2.

Коэффициент специфики не применяется (т.е. устанавливается в значении 1) к КСГ по профилю st19 «Онкология» и st08 «Детская онкология».

Значение коэффициента специфики может устанавливаться в диапазоне от 0,8 до 1,4.

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

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация, например, инфекционная больница, и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2020 в составе Правил обязательного медицинского страхования, по каждому уровню могут выделяться не более 5 подуровней оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

Госпитали ветеранов войн относятся к подуровню с более высоким коэффициентом подуровня медицинской организации.

3.2.3.3. Коэффициент сложности лечения пациента – учитывает высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам и применяется в отдельных случаях (таблица 1 приложения № 19 к настоящему тарифному соглашению).

При расчете окончательной стоимости случая лечения в целях применения КСЛП учитывается возраст пациента на дату начала госпитализации.

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

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_N - 1)$$

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

3.2.4. Нормативы финансовых затрат на законченный случай лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, приведены в приложении № 20 к настоящему тарифному соглашению.

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

3.2.6. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ/КПГ}} = BC \times KZ_{\text{КСГ/КПГ}} \times ((1 - D_{3П}) + D_{3П} \times ПК), \text{ где:}$$

- BC размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;
- $KZ_{\text{КСГ/КПГ}}$ коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
- $D_{3П}$ доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (приведена в приложении 18 к настоящему тарифному соглашению);
- ПК поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);

3.2.7. Доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведены в приложении 21 к настоящему тарифному соглашению.

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

3.3.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет 22 141,70 руб.

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к ее базовой ставке составляет 0,60.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара приведен в приложении № 23 к настоящему тарифному соглашению.

3.3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ или КПГ, и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ или КПГ в условиях дневного стационара приведены в приложении № 22 к настоящему тарифному соглашению.

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

3.3.3.1. Коэффициент специфики – устанавливается для конкретной КСГ или КПП с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализаций при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (за исключением медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований). Кроме того, данный коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

Для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, коэффициент принимается равным 1,2.

Коэффициент специфики не применяется (т.е. устанавливается в значении 1) к КСГ по профилю ds19 «Онкология» и ds08 «Детская онкология».

Значение коэффициента специфики может устанавливаться в диапазоне от 0,8 до 1,4.

3.3.3.2. Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи – устанавливается в разрезе двух уровней оказания медицинской помощи дифференцировано для медицинских организаций и (или) структурных подразделений и отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи пациентам (приложение № 24 к настоящему тарифному соглашению).

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация, например, инфекционная больница, и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации в составе Правил обязательного медицинского страхования, по каждому уровню могут выделяться не более 5 подуровней оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

3.3.4. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ/КПП}} = BC \times KZ_{\text{КСГ/КПП}} \times ((1 - D_{3п}) + D_{3п} \times ПК), \text{ где:}$$

BC – размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ _{КСГ/КПГ}	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
ДзП	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (приведена в приложении 25 к настоящему тарифному соглашению);
ПК	поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);

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

3.4.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 764,29 руб.

3.4.2. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц осуществляется оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой медицинской помощи специализированных, врачебных, фельдшерских бригад, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), за исключением:

- скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами территории Владимирской области;
- скорой медицинской помощи с применением медицинской технологии «тромболизис».

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

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

б) коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования (таблица 2 приложения №25 к настоящему тарифному соглашению);

в) коэффициента специфики оказания скорой медицинской помощи (таблица 3 приложения №25 к настоящему тарифному соглашению);

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

При установлении коэффициента специфики оказания скорой медицинской помощи применяются:

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

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

Исходя из коэффициента специфики определяются дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи на 1 застрахованного обслуживаемого гражданина медицинских организаций (таблица 4 приложения № 25 к настоящему тарифному соглашению).

3.4.4. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи) осуществляются путем:

а) установления базового норматива финансовых затрат на оплату скорой медицинской помощи (таблица 1 приложения №27 к настоящему тарифному соглашению);

б) установления коэффициентов, применяемых для определения стоимости каждой единицы объема (таблица 2 приложения №27 к настоящему тарифному соглашению).

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

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

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

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

4.2. Санкции, применяемые к медицинским организациям

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

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где:

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

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

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

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

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

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

Таблица 4.1

Размер $K_{\text{но}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.5; 3.10
0,4	3.2.3
0,5	1.5; 3.4; 4.4
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.12
1,0	1.4; 3.2.5; 4.1; 4.5; 4.6.2; раздел 5

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

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

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

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

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

где:

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

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

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

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

где:

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

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

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

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

где:

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

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

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

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

где:

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

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

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

Таблица 4.2

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

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

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

V. Заключительные положения

5.1. Настоящее тарифное соглашение заключается на один финансовый год, вступает в силу со дня его подписания, распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение финансового года с 01.01.2021 по 31.12.2021.

5.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Владимирской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не в составе тарифного соглашения - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 5 и 6 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения России от 29.12.2020 N 1397н, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения России от 29.12.2020 N 1397н, приводящих к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти Владимирской области решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Директор Департамента
здравоохранения Владимирской области



Е.Д. Утемова

Первый заместитель директора территориального
фонда обязательного медицинского страхования
Владимирской области



О.Ю. Серкова

Председатель Областной организации
профсоюза работников здравоохранения



С.Г. Солохина

Директор филиала ООО «СК Ингосстрах-М»
в г. Владимире



Н.И. Морозова

Член Региональной общественной
организации «Врачебная палата
Владимирской области»



Т.А. Белова