

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ на 2019 год (в ред. от 30.01.2019; 27.03.2019;
27.05.2019; 28.06.2019; 31.07.2019; 29.08.2019; 30.09.2019; 24.10.2019)

г. Барнаул	29.12.2018
Министр здравоохранения Алтайского края, председатель Комиссии	Д.В. Попов
Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края	М.Д. Богатырева
Заместитель министра здравоохранения Алтайского края	К.В. Гордеев
Президент общественной организации «Медицинская палата Алтайского края», заведующий кафедрой факультетской хирургии имени профессора И.И.Неймарка и госпитальной хирургии с курсом хирургии дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	Я.Н. Шойхет
Председатель Алтайской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации	Л.С. Волошина
Представитель общественной организации «Медицинская палата Алтайского края», Председатель комитета Алтайского краевого Законодательного Собрания по здравоохранению и науке	А.Ф. Лазарев
Председатель профсоюзного комитета КГБУЗ «Рубцовская центральная районная больница»	Н.В. Максимова
Директор Алтайского филиала ООО «Страховая медицинская компания «РЕСО – Мед»	Е.А. Осипов
Директор Филиала ООО «Капитал МС» в Алтайском крае	С.Н. Шкуратова
Заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края, секретарь Комиссии	Е.П. Корчуганова

Стороны заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Общие положения

Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», приказом ФФОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанными Министерством здравоохранения РФ и ФФОМС (от 21.11.2018).

Тарифное соглашение заключается между Министерством здравоохранения Алтайского края, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Алтайского края, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Предметом Соглашения являются согласованные сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам в Алтайском крае в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в системе ОМС Алтайского края осуществляется в соответствии с законодательством РФ,

нормативными документами Министерства здравоохранения РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, правовыми актами Алтайского края, настоящим Тарифным соглашением и решениями Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

В соответствии с пунктом 20 Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющегося Приложением №1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, настоящее Тарифное соглашение является обязательным для всех участников обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края.

Тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию. Перечень заболеваний, виды, условия, формы и объемы предоставления медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств ОМС, определяются Территориальной программой ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, являющихся участниками обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС.

Оплата за медицинскую помощь, оказанную МО, осуществляется по тарифам, действующим на дату окончания лечения.

Основные термины и определения:

Территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Алтайского края и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС).

Программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения Программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

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.

Медицинские организации в сфере ОМС – организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр

медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – МО).

Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках Программы ОМС способ финансирования медицинской помощи, оказанной МО в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст.32 ч.3).

Подушевой норматив финансирования МО – показатель, отражающий размер средств на осуществление затрат по предоставлению медицинской помощи за счет средств ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

Посещение – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью.

Посещение с профилактической целью – оказание медицинской помощи лицам без признаков острого заболевания или обострения хронического заболевания врачом или медицинским работником со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный прием, с целью проведения мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения, прогрессирования, распространения заболеваний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития.

Посещение по неотложной помощи – оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной или круглосуточный стационар. Результат

обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

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

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).

Базовая ставка (средняя стоимость законченного случая лечения в условиях стационара / дневного стационара) – 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 Программой ОМС, с учетом других предусмотренных параметров.

Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях/ условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС.

2. Способы оплаты медицинской помощи

В соответствии с Программой ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Алтайском крае:

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
 - 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, а также в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц);

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО (за единицу объема медицинской помощи);

2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях) и в условиях дневного стационара:

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

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

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

4. При оплате медицинской помощи в МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной МО медицинской помощи, с

учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи).

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), представлен в **Приложении 1**.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) включаются объемы первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в плановой форме.

Единицами объема первичной медико-санитарной помощи являются посещения с профилактическими и иными целями, обращения по поводу заболевания.

В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание в амбулаторных условиях первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказываемой фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными

врачами), первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включены:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья.

Объем подушевого финансового обеспечения каждой МО рассчитывается страховыми медицинскими организациями (далее – СМО), исходя из численности граждан, застрахованных СМО и прикрепленных к данной МО (далее - прикрепленное население) на первое число месяца, за который осуществляется оплата, и дифференцированного подушевого норматива МО, рассчитанного с учетом интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Численность устанавливается по результатам информационного обмена между МО, СМО и Территориальным фондом ОМС при формировании и актуализации регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц, прикрепленных к МО, регламент которого утвержден приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 20.12.2013 г. № 843.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой МО с учетом половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива, рассчитанного для соответствующей МО, коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, мобильных медицинских бригад, структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь застрахованным

прикрепленным к другим МО и т.п.), коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание МО.

Итоговый объем финансового обеспечения МО по подушевому нормативу определяется с учетом стимулирующей части.

Размер средств на стимулирующую часть составляет 1 % от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Расчет стимулирующей части осуществляется при выполнении медицинскими организациями показателей результативности деятельности **(Приложение 9)**.

Условием участия в стимулировании является выполнение МО плановых объемов амбулаторной медицинской помощи по посещениям с профилактической и иными целями, обращениям по поводу заболеваний и посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме не менее 95%.

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших 100% показателей результативности ($K_{MO100\%}$) осуществляется по формуле:

$$K_{MO100\%} = K_{MO} \times 1,1 + 1;$$

K_{MO} - коэффициент стимулирования за период;

1,1 – повышающий коэффициент для МО, выполнивших 100% показателей результативности;

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших не менее 80% показателей результативности ($K_{MO(не_менее_80\%)}$) осуществляется по формуле:

$$K_{MO(не_менее_80\%)} = K_{MO} + 1;$$

Коэффициент стимулирования за период осуществляется по формуле:

$$K_{MO} = \frac{C}{\sum (Пф_{i100\%} \times 1,1 + Пф_{i(не_менее_80\%)})};$$

C – стимулирующая часть подушевого финансирования;

$Пф_{i 100\%}$ – размер подушевого финансирования i МО, выполнившей 100% показателей результативности;

$Пф_i$ (*не менее 80%*) – размер подушевого финансирования i МО, выполнившей не менее 80% показателей результативности.

Территориальный фонд ОМС ежемесячно осуществляет оценку показателей и расчет коэффициента стимулирования, который доводится до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО ежемесячно с учетом стимулирующей части, а также суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

Стимулирование медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства (далее – «Бережливая поликлиника»).

Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства итоговый объем финансового обеспечения по подушевому нормативу за декабрь месяц определяется с учетом стимулирующей части, а также с учетом стимулирующих выплат за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» по итогам года.

Размер средств на стимулирующие выплаты за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» составляет 1 % от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за декабрь месяц медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

Медицинская организация получает стимулирующие выплаты за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» в случае достижения всех показателей результативности (11 баллов), установленных **Приложением 9**.

Коэффициент стимулирующих выплат за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» ($K_{бп}$) осуществляется по формуле:

$$K_{бп} = \frac{С_{бп}}{\sum (Пф(бп)_i)} + 1;$$

$С_{бп}$ – размер средств на стимулирующие выплаты за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники»;

$Пф(бп)_i$ – размер подушевого финансирования i МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства выполнившей показатели результативности деятельности «Бережливой поликлиники».

Территориальный фонд ОМС осуществляет расчет стимулирующих выплат за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», которые доводятся до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО за декабрь месяц с учетом стимулирующей части, стимулирующих выплат за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», а также суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

2.1.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

Финансовое обеспечение расходов МО, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу

объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в **Приложении 3**.

Оплата за единицу объема медицинской помощи применяется также в случае оказания помощи лицу, застрахованному на территории другого субъекта РФ.

Тариф включает расходы, обеспечивающие лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Единицами объема медицинской помощи в целях оплаты являются:

1) Посещение с профилактической и иными целями.

Посещения в течение дня пациентом врача одной и той же специальности считаются одним посещением.

2) Обращение по поводу заболевания.

Учет обращений осуществляется на основе Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, утвержденного Приложением № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н.

3) Посещение в связи с оказанием неотложной помощи.

4) Медицинская услуга стоматологического профиля.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях производится по тарифам с учетом УЕТ (условная единица трудоемкости) в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации. (**Приложение 9**).

5) Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации.

Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в медицинской документации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению

учетной медицинской документации». Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований.

б) Комплексное обследование в центре здоровья:

- первичное обследование для детей / взрослых. Кратность первичного обращения в центр здоровья составляет 1 раз в год.

- обследование при динамическом наблюдении.

7) Проведение диспансеризации взрослого населения:

- комплексное посещение в рамках 1 этапа диспансеризации, в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации. 1 этап диспансеризации считается завершенным при выполнении не менее 85% от объема исследований, установленного для данного возраста и пола, при этом обязательным является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

- медицинские услуги 2 этапа диспансеризации.

Перечень приемов медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в определенные возрастные периоды, утвержден Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.03.2019 № 124н.

Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности мобильной медицинской бригады, предусмотренными приложением N 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому

населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н.

8) Комплексное посещение в рамках диспансеризации (проведенной, в том числе, мобильными бригадами) пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку в приемную или патронатную семью.

Диспансеризация считается завершенной при проведении всего перечня осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, определенных Приказами Министерства здравоохранения РФ от 15.02.2013 № 72н, от 11.04.2013 № 216н. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются.

9) Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослого населения, в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.03.2019 № 124н).

Профилактический медицинский осмотр считается завершенным при выполнении не менее 85% от объема исследований, установленного для данного возраста и пола, при этом обязательным является проведение анкетирования, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья по результатам профилактического медицинского осмотра.

Профилактический медицинский осмотр может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности мобильной медицинской бригады, предусмотренными приложением N 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи

взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н.

10) Комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (проведенного, в том числе, мобильными бригадами) (в соответствии с порядком, установленным приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 № 514н). В случае отказа несовершеннолетнего (родителя/представителя) от одного или нескольких исследований, оплата осуществляется за выполненные в рамках профилактического медицинского осмотра исследования и осмотры.

11) Услуги диализа.

Проведение заместительной почечной терапии методами амбулаторного диализа оплачивается в пределах объемов, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Оплата услуг диализа производится по тарифам, рассчитанным с учетом применения коэффициентов относительной затратоемкости к установленным базовым тарифам на услуги: А18.05.002 «Гемодиализ» и А18.30.001 «Перитонеальный диализ» (**Приложение 9**).

12) Случай лечения с использованием методов лазерного воздействия (фокальная лазерная коагуляция глазного дна, панретинальная

лазеркоагуляция). Оплата осуществляется в пределах объемов, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС;

13) Консультативно-диагностические услуги.

Оплата консультативно-диагностических медицинских услуг, а также медицинских услуг, оказываемых КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер», осуществляется СМО в рамках межучрежденческих расчетов за единицу объема медицинской помощи по установленным в сфере ОМС тарифам.

Порядок взаимодействия МО при направлении пациентов в другие МО устанавливает Министерство здравоохранения Алтайского края.

Перечень МО-исполнителей, оказывающих консультативно-диагностические услуги, перечень медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств ОМС в рамках межучрежденческих расчетов, а также тарифы представлены в **Приложении 9**.

Стоимость консультативно-диагностических услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ (в случае оказания консультативно-диагностических услуг в рамках стационарного лечения).

Оплата медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем, производится СМО за фактическое количество оказанных и принятых к оплате услуг из средств дифференцированного подушевого норматива финансирования МО, к которой гражданин прикреплен на медицинское обслуживание (МО-плательщик) (за исключением некоторых услуг, указанных в **Приложении 9**), или из средств стационара / дневного стационара МО, направившей на данные услуги (МО-плательщик).

СМО, после проведения МЭК, формирует полученные от МО-исполнителя сведения об оказанных в отчетном периоде медицинских услугах по каждому МО-плательщику (информация направляется в адрес МО-плательщика и МО-исполнителя), а также сводный акт (по форме в **Приложении 9**) для МО-плательщика, в котором указывается сумма,

подлежащая удержанию за оказанные в отчетном периоде медицинские услуги по каждой МО-исполнителю.

МО-плательщик и МО-исполнитель самостоятельно проводят сверку по оказанным медицинским услугам.

В случае выявления необоснованно предъявленных к оплате услуг МО-плательщик в течение 2 месяцев с момента получения от СМО сведений направляет претензию МО-исполнителю отдельно по каждой СМО.

МО-исполнитель в течение 1 месяца с момента получения претензии согласовывает ее, либо предоставляет МО-плательщику протокол разногласий. Согласованные претензии МО-исполнитель направляет в СМО, по которым СМО производят перерасчет.

МО-исполнитель сохраняет направление МО-заказчика (или иной вариант информации о направлении) в течение 6-ти месяцев после отчетного периода.

Если МО-исполнитель и МО-плательщик не пришли к согласию, они обращаются в территориальную рабочую группу, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Алтайского края (далее – ТРГ), для окончательного урегулирования спорных вопросов. Заседания ТРГ проводятся ежемесячно (при наличии поступивших претензий), с приглашением МО-исполнителя и МО-плательщика. По результатам урегулирования МО-плательщик направляет в СМО согласованную претензию, по которой СМО производит перерасчет.

При оказании медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ, межучрежденческие расчеты не проводятся.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в **Приложении 4**.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в **Приложении 5**.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара, на основе клинико-статистических групп заболеваний осуществляется за случай лечения (**Приложение 10, 11**).

2.2.1. Основные подходы к отнесению случая к КСГ.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности параметров, определяющих относительную затратноемкость лечения.

Отнесение случая к КСГ регламентируется таблицей «Группировщик» (**Приложение 10, 11**). «Группировщик» позволяет каждый случай отнести к определенной группе на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю. С помощью данной таблицы осуществляется отнесение случаев ко всем КСГ, кроме КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)».

В качестве критериев группировки при формировании КСГ используются:

- диагноз (код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ 10));
- хирургическая операция и/или другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017г. № 804н (далее – Номенклатура));
- схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- возрастная категория пациента
- сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной

недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

- длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;
- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- пол пациента;
- длительность лечения.

При отсутствии хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии, являющейся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом основного диагноза по МКБ-10.

При наличии хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии, являющейся классификационным критерием, отнесение случая лечения к клинико-статистической группе заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры. При наличии нескольких хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

Если затратоемкость группы, к которой случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ 10, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу. Данный подход не применяется для отдельных комбинаций КСГ, в которых отнесение случая осуществляется только на основании кода Номенклатуры (**Приложение 10**).

При наличии кода услуги А16.20.005 «Кесарево сечение» случай относится в КСГ st02.004 «Кесарево сечение», независимо от кода диагноза и иных кодов услуг.

Если КСГ была определена с применением иного классификационного критерия (it, sh, gb, mt), то данный случай однозначно относится к КСГ, определенной с применением иного классификационного критерия.

Случаи, при которых диагноз является критерием группировки для хирургической операции, определены Группировщиком таким образом, что в одной строке Группировщика приведен код номенклатуры и код диагноза.

Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh001-sh 581, sh903, sh904). При этом за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии» «Группировщика».

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh903 или sh904. В случаях применения sh903 и sh904 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у взрослых производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более.

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

Отнесение к КСГ случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду медицинской услуги в

соответствии с Номенклатурой, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и коду МНН лекарственных препаратов.

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом, в том числе классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1». При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

1. Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;
2. Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента. Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органических систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная).

Отнесение случаев оказания медицинской помощи к КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» осуществляется по комбинации диагнозов и регламентируется таблицей «Политравма». В эту

группу относятся травмы в двух и более анатомических областях (голова/ шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ 10 из разных анатомических областей) или один диагноз множественной травмы и травмы в нескольких областях тела и, как минимум, один из диагнозов, характеризующих тяжесть состояния.

Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по кодам услуг Номенклатуры (раздел «В») вне зависимости от диагноза, при этом применяется классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). Шкала реабилитационной маршрутизации, разработанная Союзом реабилитологов России, применима как для взрослых, так и детей (**Приложение 10, 11**). Оказание реабилитационной помощи производится в МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар по максимально выраженному признаку. При оценке 0-1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается в условиях стационара или дневного стационара в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной Министерством здравоохранения Алтайского края; при оценке 4 - 6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях.

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» осуществляется с учетом кода МКБ10 (основное заболевание) и кода классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

2.2.2. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, а также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в **Приложении 10, 11**.

Если пациенту была выполнена хирургическая операция и/или проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ (перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию представлен в **Приложениях 10, 11**), случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней – 100% от стоимости КСГ.

Если хирургическое лечение и/или тромболитическая терапия, не проводились случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ при лечении детей в возрасте до 4-х лет, 20% от стоимости – для остальных возрастных категорий пациентов.

- при длительности лечения более 3 дней – 80% от стоимости КСГ, независимо от возраста пациента.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной

терапии при злокачественных новообразованиях.

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

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

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

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

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

2.2.3. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая.

При переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров, 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 МО в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100 % оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной МО, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в

рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшей стоимостью. Если случаи лечения имеют одинаковую стоимость, производится оплата случая с более ранними сроками лечения.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной МО по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

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

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

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течении 6 к/дней и более с последующим родоразрешением (КСГ: st02.001 и st02.003; st02.001 и st02.004).

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

Оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 к/дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2.

В стационарных условиях в стоимость КСГ, предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в МО в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

По каждому случаю, указанному в п.2.2.3, проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.2.4. Регламентация применения КСЛП

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации при оказании стационарной медицинской помощи осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 к/дней, кроме КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 к/дней. Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (**Приложение 10**). По каждому указанному случаю проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Оплата случаев лечения пациентов старше 75 лет в круглосуточном стационаре (кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки) осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента, учитывающего сложность лечения, связанную с возрастом.

С применением коэффициента сложности лечения пациента оплачиваются случаи проведения в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ, а именно:

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

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

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

Случаи проведения отдельных этапов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) оплачиваются с применением КСЛП.

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

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

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

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

Диагностические услуги, предусмотренные Приказом Минздрава России от 30.10.2012 N 556н "Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий", входят в тариф законченного случая ЭКО и дополнительно к оплате не предъявляются.

Оплата случаев медицинской помощи на койках скорой медицинской помощи суточного пребывания без последующей госпитализации в профильное отделение осуществляется за законченный случай на основании тарифа за услугу в размере 2 580,00 руб.

2.2.5. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа.

Оплата медицинской помощи с применением методов диализа, оказанной в условиях стационара, осуществляется за случай лечения. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется:

- в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа (с учетом количества фактически выполненных услуг) только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации. При этом к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), коэффициенты относительной затратно-емкости к базовым тарифам, стоимость услуг диализа представлены в **Приложении 9**. Поправочные коэффициенты: КУС, КСЛП, КУ распространяются только на КСГ.

2.2.6. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, осуществляется по тарифам за законченный случай лечения в пределах объемов медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным разделом I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС. Если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует разделу I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной

медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

При направлении в МО с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания ВМП, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования. После оказания ВМП, 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.

2.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Перечень МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, представлен в **Приложении 6**.

Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой станциями и отделениями скорой медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по подушевым нормативам финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи представлен в **Приложении 7**.

Объем подушевого финансового обеспечения МО, оказывающей скорую медицинскую помощь вне МО, определяется исходя из:

- базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи;
 - интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи;
 - численности застрахованных лиц, обслуживаемых данной МО.
- Численность обслуживаемого населения определяется на первое число месяца, за который осуществляется оплата.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется по каждой МО и включает половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей МО, коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание МО.

Оплата скорой медицинской помощи по случаям, не установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, осуществляется по подушевым нормативам финансирования на обслуживаемое население. Размер подушевого норматива определяется исходя из суммы межбюджетного трансферта, получаемого из краевого бюджета в бюджет Территориального фонда ОМС Алтайского края на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в части финансового обеспечения дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

Дополнительно по отдельному тарифу производится оплата вызова бригады скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса при остром коронарном синдроме.

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи устанавливаются в зависимости от профиля бригады скорой медицинской помощи, осуществившей вызов – врачебная, фельдшерская, анестезиолого-реанимационная (неонатальная, акушерская).

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Алтайского края, осуществляется по тарифам за выполненный вызов.

2.4. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях.

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования применяется в ЦРБ 1-го уровня оказания медицинской помощи, имеющих прикрепленное население, в составе которых имеются подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (**Приложение 2**).

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включаются объемы первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в плановой форме, и специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой, экстренной и неотложной формах.

Единицами объема первичной медико-санитарной помощи являются посещения с профилактическими и иными целями, обращения по поводу заболевания, специализированной – случаи госпитализации в круглосуточном стационаре и случаи лечения в дневном стационаре.

Объем подушевого финансового обеспечения каждой МО рассчитывается СМО, исходя из численности граждан, застрахованных СМО и прикрепленных к данной МО на первое число месяца, за который осуществляется оплата, и дифференцированного подушевого норматива МО, рассчитанного с учетом интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Численность устанавливается по результатам информационного обмена между МО, СМО и Территориальным фондом ОМС

при формировании и актуализации регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц, прикрепленных к МО, регламент которого утвержден приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 20.12.2013 г. № 843

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой МО с учетом половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива, рассчитанного для соответствующей МО, коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, мобильных медицинских бригад, структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь застрахованным прикрепленным к другим МО и т.п.), коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание МО.

В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказываемой фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами, специализированной медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включены:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходы на оплату диализа;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья.

Итоговый объем финансового обеспечения МО по подушевому нормативу определяется с учетом стимулирующей части.

Размер средств на стимулирующую часть составляет 1 % от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Расчет стимулирующей части осуществляется при выполнении медицинскими организациями показателей результативности деятельности **(Приложение 9)**.

Условием участия в стимулировании является выполнение МО плановых объемов амбулаторной медицинской помощи по посещениям с профилактической и иными целями, обращениям по поводу заболеваний, посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме, случаев госпитализации в круглосуточном стационаре и случаев лечения в дневном стационаре не менее 95%.

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших 100% показателей результативности ($K_{MO100\%}$) осуществляется по формуле:

$$K_{MO100\%} = K_{MO} \times 1,1 + I;$$

K_{MO} - коэффициент стимулирования за период;

1,1 – повышающий коэффициент для МО, выполнивших 100% показателей результативности;

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших не менее 80% показателей результативности ($K_{MO(не_менее_80\%)}$) осуществляется по формуле:

$$K_{MO(не_менее_80\%)} = K_{MO} + I;$$

Коэффициент стимулирования за период осуществляется по формуле:

$$K_{MO} = \frac{C}{\sum (ПФ_{i100\%} \times 1,1 + ПФ_{i(не_менее_80\%)})};$$

C – стимулирующая часть подушевого финансирования;

$Пф_{i\ 100\%}$ – размер подушевого финансирования i МО, выполнившей 100% показателей результативности;

$Пф_i$ (*не менее 80%*) – размер подушевого финансирования i МО, выполнившей не менее 80% показателей результативности.

Территориальный фонд ОМС ежемесячно осуществляет оценку показателей и расчет коэффициента стимулирования, который доводится до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО ежемесячно с учетом стимулирующей части, а также суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

Стимулирование медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства итоговый объем финансового обеспечения по подушевому нормативу за декабрь месяц определяется с учетом стимулирующей части, а также с учетом стимулирующих выплат за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» по итогам года.

Размер средств на стимулирующие выплаты за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» составляет 0,5 % от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров за декабрь месяц медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

Медицинская организация получает стимулирующие выплаты за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой

поликлиники» в случае достижения всех показателей результативности (11 баллов), установленных **Приложением 9**.

Коэффициент стимулирующих выплат за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» ($K_{бп}$) осуществляется по формуле:

$$K_{бп} = \frac{С_{бп}}{\sum (Пф(бп)_i)} + 1;$$

$С_{бп}$ – размер средств на стимулирующие выплаты за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники»;

$Пф(бп)_i$ – размер подушевого финансирования i МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства выполнившей показатели результативности деятельности «Бережливой поликлиники».

Территориальный фонд ОМС осуществляет расчет стимулирующих выплат за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», которые доводятся до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО за декабрь месяц с учетом стимулирующей части, стимулирующих выплат за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», а также суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в Программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и методикой, установленной Правилами ОМС, с учетом затрат МО, связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности МО в

целом, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи, мощности МО, территориальной удаленности, фактически оказанных объемов медицинской помощи и плановых показателей на 2019 год.

Тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату определены с учетом достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников по «дорожной карте» и включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

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

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушеркам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Тарифы возмещают затраты МО, связанные с оказанием медицинской помощи по Программе ОМС в соответствии с установленной структурой тарифа.

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи,

оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 3 171,98 рубля.

Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях и оплачиваемая по подушевому нормативу финансирования, в том числе с учетом дифференцированных половозрастных коэффициентов (**Приложение 9**).

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

- 0-1 год мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;
- 5-17 лет мужчины/женщины;
- 18-59 лет мужчины;
- 18-54 года женщины;
- 60 лет и старше мужчины;
- 55 лет и старше женщины.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, 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), 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.

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в амбулаторных условиях (медицинская услуга, посещение, обращение), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, проводимым, в том числе, мобильными бригадами, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 9**.

В случае проведения мобильными медицинскими бригадами полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию, применяются повышающие коэффициенты к установленным тарифам в размере 1,05.

Для федеральных МО, оказывающих медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов РФ, устанавливается повышающий коэффициент к стоимости единицы объема медицинской помощи в размере 1,4.

3.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо составляет 5 819,82 рубля.

Медицинская помощь, оказываемая в условиях стационара, оплачивается

за случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) **(Приложение 10)**.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССсл) определяется по следующей формуле:

$$ССсл = БСст * КЗкст * ПК , \text{ где}$$

БСст – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях круглосуточного стационара с учетом–коэффициента дифференциации (1,147), рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462;

КЗкст - коэффициент относительной затроемкости по конкретной клинико-статистической группе, характеризующий отношение стоимости конкретной КСГ к базовой ставке (устанавливается на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент)

$$ПК = КУкст * КУСмо * КСЛП , \text{ где}$$

КУкст - управленческий коэффициент по конкретной клинико-статистической группе, установленный для стационарной помощи;

КУСмо - коэффициент подуровня оказания стационарной медицинской помощи, устанавливаемый для МО в рамках уровня оказания медицинской помощи;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента:

а) КСЛП, учитывающий сверхдлительные сроки госпитализации. Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных к/дней:

$$КСЛП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{ол}, \text{ где}$$

$K_{дл}$ – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов (0,25);

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

б) КСЛП, учитывающий сложность лечения, связанную с возрастом пациента (старше 75 лет) – 1,13.

в) КСЛП, учитывающий проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ – 1,8.

Расчет суммарного значения КСЛП при наличии нескольких критериев производится по формуле:

$$КСЛП_{сумм} = КСЛП_1 + (КСЛП_2 - 1).$$

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

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи представлены в **Приложении 8**.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату

программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 050,15 рубля.

Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара, оплачивается за случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ) (**Приложение 11**).

Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре (СДСсл) определяется по следующей формуле:

$$\text{СДСсл} = \text{БСдст} * \text{КЗкcg} * \text{ПК}, \text{ где}$$

БСдст - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара с учетом коэффициента дифференциации (1,147), рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462;

КЗкcg - коэффициент относительной затратноемкости по конкретной клинико-статистической группе (устанавливается на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент)

$ПК = КУ_{к\text{сг дст}} * КУ_{\text{Смо}} * КСЛП$, где

$КУ_{к\text{сг дст}}$ - управленческий коэффициент по конкретной клинико-статистической группе, установленный для дневного стационара;

$КСЛП$ - коэффициент сложности лечения пациента:

а) $КСЛП$, учитывающий этапность проведения ЭКО:

Проведение 1-го этапа, 1 – 2 этапов, 1 – 3 этапов без последующей криоконсервации эмбрионов – 0,60

Проведение 1 – 3 этапов с криоконсервацией – 1,0

Проведение 1 – 4 этапов без криоконсервации – 1,0

Проведение 1 – 4 этапов с криоконсервацией – 1,1

Процедура ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов – 0,19.

б) $КСЛП$, учитывающий проведение в рамках одного случая лечения заболевания в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ – 1,8.

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

$КУ_{\text{Смо}}$ - коэффициент подуровня оказания медицинской помощи, устанавливаемый для МО, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований (1,2).

Тарифы на оплату отдельных медицинских услуг представлены в **Приложении 9**.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, 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),

расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.4. Размер и структура тарифов на оплату скорой медицинской помощи.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 784,97 рубля.

Размеры подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи (в том числе дифференцированные по половозрастным коэффициентам), тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые, в том числе, для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 9**.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

- 0-1 год мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;
- 5-17 лет мужчины/женщины;
- 18-59 лет мужчины;

- 18-54 года женщины;
- 60 лет и старше мужчины;
- 55 лет и старше женщины.

Структура тарифа на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.5. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, имеющими в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных

медицинских организациях, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 2 236,18 рубля.

Медицинская помощь, оказываемая МО, имеющими в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и оплачиваемая по подушевому нормативу финансирования, в том числе с учетом дифференцированных половозрастных коэффициентов (**Приложение 9**).

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

- 0-1 год мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;
- 5-17 лет мужчины/женщины;
- 18-59 лет мужчины;
- 18-54 года женщины;
- 60 лет и старше мужчины;
- 55 лет и старше женщины.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение

работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в амбулаторных условиях (медицинская услуга, посещение, обращение), в том числе медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, а также тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в условиях круглосуточного и дневного стационара, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 9**.

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

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи и последствий неисполнения МО договорных обязательств в виде неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты штрафа в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (**Приложение 12**).

Оплата за оказанную МО медицинскую помощь гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, уменьшается в

случае обоснованного отказа территориального фонда обязательного медицинского страхования соответствующего субъекта Российской Федерации в оплате счета, выставленного ТФОМС за лечение вышеуказанных граждан.

5. Заключительные положения

Соглашение вступает в силу с 01.01.2019 г.

Тарифы устанавливаются, исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленного законом Алтайского края «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», и могут индексироваться в связи с изменением данных бюджетных ассигнований.

Все изменения и дополнения к настоящему Соглашению вносятся на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Соглашение действует до принятия нового тарифного соглашения.

Д.В. Попов
М.Д. Богатырева
К.В. Гордеев
Я.Н. Шойхет
Л.С. Волошина
А.Ф. Лазарев
Н.В. Максимова
Е.А. Осипов
С.Н. Шкуратова
Е.П. Корчуганова